

Essai
sur l'Ethnologie et la Pathologie
de l'Île de La Réunion

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 14 Mars 1944

par

PAUL LOUGNON

Diplômé de Médecine Coloniale et Tropicale

né le 24 février 1917 à Saint-Denis (Île de La Réunion)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

MM. GIRAUD, prof. *Président*, Doyen.
PUECH, professeur.
BERT, agrégé.
D^r LAFON, chargé d'agrég.

} *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1944

Essai sur l'Ethnologie et la Pathologie
de l'île de La Réunion
(géographie médicale)

Essai
sur l'Ethnologie et la Pathologie
de l'Île de La Réunion

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 14 Mars 1944

par

PAUL LOUGNON

Diplômé de Médecine Coloniale et Tropicale

né le 24 février 1917 à Saint-Denis (Île de La Réunion)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. GIRAUD, prof. <i>Président</i> , Doyen.	{	<i>Assesseurs</i>
		PUECH, professeur.		
		BERT, agrégé.		
		D ^r LAFON, chargé d'agrég.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1944

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

PROFESSEURS

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÈS.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
— — — — —	GIRAUD <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, <i>assesseur</i> .
— — — — —	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	BUZIÈRE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des malad. des enf. et hygiène du 1 ^{er} âge	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	N.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE,
VIRE, BOSC, VILLARD, GRYNFELT, RICHE

CHARGÉS D'ENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Chimie	MONNIER <i>agrégé</i> .	Clinique de la tuber-	
Microbiologie	CARRÈRE <i>agrégé</i> .	culose	VIDAL, <i>professeur</i> .
Histoire nat. médic.	HARANT, <i>agrégé</i> .	Pathologie chirur. ...	MOURGUE-
Pharmacologie	HARANT, <i>agrégé</i> .	— — — — —	MOLINES, <i>agr.</i>
Pathologie médicale.	BOUCOMONT, <i>agr.</i>	— — — — —	TRUC, <i>agrégé</i> .
— — — — —	BERT, <i>agrégé</i> .	Chirurgie expérim.	GUIBAL, <i>agrégé</i> .
Propédeutique médi.	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Médecine opératoire.	ROUX, <i>agrégé</i> .
Clinique interne	PUECH, <i>professeur</i> .	Accouchements	CADERAS
Clinique des malad.		— — — — —	de KERLEAU, <i>agr.</i>
contagieuses	JANBON, <i>professeur</i> .	Stomatologie	HOUPERT <i>Dr. en méd.</i>

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine	MM. P. RIMBAUD	Chirurgie	MM. MOURGUE-MOLINES
— — — — —	BOUCOMONT	— — — — —	GUIBAL
— — — — —	BERT	— — — — —	ROUX
— — — — —	LAFON, <i>chargé d'agr.</i>	Urologie	TRUC
Chimie	MONNIER.	Accouchements	CADERAS
Bactériologie	CARRÈRE.	— — — — —	DE KERLEAU
Hist. nat. médic.	HARANT.		



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Hommage de piété filiale

A MA MÈRE

Témoignage de profonde affection.

A MES CHEFS DU SERVICE DE SANTÉ DE MONTPELLIÉR

M. le Médecin-Inspecteur BELLON
Directeur Régional du Service de Santé

M. le Médecin en Chef de 1^{re} classe THIRION
Médecin-Chef des salles militaires de l'Hospice Mixte

MONSIEUR le Médecin en Chef de 2^{me} classe SEILHAN
Médecin Chef du Laboratoire de Bactériologie Militaire

A MES MAITRES DE L'HOPITAL MILITAIRE DE LAUWE

Messieurs les Médecins principaux :

R. TRIAL
Professeur Agrégé d'Electroradiologie au Val-de-Grâce
Médecin Chef de l'Hôpital de Lauwe

R. MAROT
Médecin des Hôpitaux Militaires
Docteur ès Sciences

J. MEUNIER
Chirurgien des Hôpitaux militaires

A MONSIEUR le Médecin Principal R. CROSNIER
Médecin des Hôpitaux Militaires

*qui fut pour moi un Maître bien-
veillant, un vivant modèle du Médecin,
de l'Homme de bien et du Savant
et enfin un Ami.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de ma reconnaissance et
de mon respectueux attachement.*

A Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ H. HARANT

*qui voulut bien m'accueillir dans
son Laboratoire et m'encourager au
cours de ce travail. — Qu'il soit
assuré de l'impérissable souvenir que
je garde de ses claires leçons et
veuille bien agréer l'expression de
ma reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. GIRAUD

Doyen de la Faculté de Médecine

*qui a toujours manifesté un bien-
veillant intérêt aux Etudiants Co-
loniaux.*

*Qu'il daigne trouver ici le modeste
témoignage de ma profonde grati-
tude.*

A MON JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PUECH

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BERT

MONSIEUR LE DOCTEUR LAFON, CHARGÉ D'AGRÉGATION

A TOUS MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

« Aucun pays, peut-être, ne présente au point de vue pathologique autant d'intérêt que Maurice; La Réunion et Rodrigues, trois petites îles situées loin des confins du Monde civilisé et où tout pourtant révèle une civilisation avancée. » Ainsi s'exprimait, en 1881, le Docteur PELLEREAU, de l'Ile Maurice.

Quelle aubaine, en effet, pour l'épidémiologiste que ces îles Mascareignes, isolées de toute terre habitée, vides elles-mêmes, à l'origine, de tout être humain et où s'est élaborée au cours des siècles derniers une pathologie qu'il lui est loisible de suivre pas à pas, comme dans un laboratoire !

Enfant de Bourbon, nous nous sommes proposé, précisément, dans ce travail, d'observer les faits, de rechercher leurs causes et d'en tirer, si possible, la leçon.

D'une salubrité légendaire pendant plus de deux cents ans, notre Colonie a vu peu à peu s'abattre sur elle les maladies qui, de tous temps, ont sévi dans les pays avoisinants. De toute évidence, ces maladies sont arrivées avec l'Homme. Mais le peuplement de l'île s'est effectué d'une façon si complexe qu'une étude ethnologique devenait indispensable avant d'aborder

celle de sa pathologie. Après un court aperçu historique et géographique, nous nous sommes donc attaché à retracer les étapes de son peuplement, en donnant quelques détails sur les différents éléments ethniques constitutifs.

Il nous a ensuite paru utile de rappeler brièvement la Géographie Médicale du « Bassin Indien » dont procède notre île et de souligner, en passant, les rapports étroits qui l'unissaient aux régions avoisinantes.

Abordant enfin la Pathologie Réunionnaise proprement dite nous avons tout d'abord évoqué l'époque des grandes épidémies pour nous consacrer ensuite à l'étude de la pathologie actuelle.

Si, parfois, l'amour que nous portons à notre île natale semble prendre le dessus, on voudra bien, néanmoins, se persuader que nous n'avons jamais cherché à travestir la vérité mais se souvenir plutôt que celle-ci n'est pas toujours vraisemblable.

PREMIÈRE PARTIE

L'ILE DE LA RÉUNION

(Ancienne Ile Bourbon)

GÉNÉRALITÉS — ETHNOLOGIE

ILE DE LA
RÉUNION



CHAPITRE PREMIER

Découverte et colonisation

Découverte vers l'An 1513 (1) par le navigateur portugais DOM PEDRO DE MASCARENHAS, l'Ile de la Réunion était inhabitée. Elle le resta, d'ailleurs, pendant plus d'un siècle encore, les Portugais s'étant contentés d'y laisser quelques animaux domestiques.

« La chose s'explique aisément, écrit Raphaël BARQUISSAU dans son *Histoire des Réunionnais*. Tous les navigateurs, à commencer par Vasco de Gama, tendaient vers l'Inde, vers ses épices et ses trésors. Or, le chemin de l'Inde était le canal de Mozambique par lequel, suivant les courants, ils allaient chercher vers Zanzibar la Mousson Sud-Ouest qui les menait à Goa et Calicut. Au contraire, quand il s'agira d'aller coloniser la Côte Est de Madagascar, les navires utiliseront le courant qui, à cent lieues environ du Cap de Bonne Espérance, conduit à Bourbon et celui qui, du large de Bourbon, amène à Fort-Dauphin. »

(1) Cette date est donnée comme certaine par PAJOT.

C'est que, en effet, l'histoire de la Colonisation de Bourbon, tout comme, d'ailleurs, celle de sa pathologie, n'est pas un fait en soi mais la conséquence naturelle et presque obligatoire de l'expansion française dans l'Océan Indien.

On sait ce que furent sous Louis XIII et Louis XIV les « Grandes Compagnies » fondées par Richelieu et Colbert. En échange du monopole du commerce d'outre-mer et de multiples autres privilèges, elles s'engageaient à prendre possession au nom du Roi des terres inhabitées qu'elles rencontraient, à y introduire des colons volontaires et à les administrer.

C'est ainsi qu'en 1638 la flûte dieppoise, « le Saint-Alexis », Capitaine Goubert, explorant la Côte Est de Madagascar, se rend jusqu'à la Grande Mascareigne (La Réunion) qui est toute proche et, la trouvant inhabitée, en prend possession au nom du roi Louis XIII.

En 1642, la Compagnie de l'Orient envoie à Madagascar une quarantaine d'engagés sous la conduite d'un commis, Jacques de Pronis, avec mission d'établir une colonie dans le Sud de la Grande Ile. Un courant les porte d'abord à Mascareigne où Pronis renouvelle le geste de Goubert.

Cependant, à Fort-Dauphin, Pronis a bientôt maille à partir avec ses engagés et, une révolte s'étant produite, il déporte en 1646 douze d'entre eux à La Réunion. Ces douze mutins de 1646 sont les véritables pionniers de la Colonisation de l'Ile.

Rapatriés trois ans plus tard sur les ordres du nouveau Gouverneur de Fort-Dauphin, le Naturaliste Etienne de Flacourt, ils lui font un tel tableau de cette île merveilleuse que celui-ci envoie aussitôt le Capitaine Le Bourg prendre pour la troisième fois

possession de l'Ile à laquelle il donne officiellement le nom de Bourbon, en l'honneur de la Maison de France.

Rien de sérieux, cependant, ne fut entrepris avant l'année 1665 où la Compagnie des Indes Orientales que Louis XIV lui-même venait de lancer envoya de Brest à Bourbon vingt colons volontaires sous la conduite d'Etienne Regnault comme Gouverneur de l'Ile.

Partis de Brest le 7 mars 1665, sur la flûte *Le Taureau*, ils jetaient l'ancre le 9 juillet dans la baie de Saint-Paul à Bourbon.

C'est de ce jour que date effectivement la colonisation de l'île dont on dira un jour qu'elle fut une véritable métropole dans l'Océan Indien, illustrant ainsi la fière devise de la Compagnie des Indes qu'elle a faite sienne : « *Florebo quocumque ferar* », Je fleurirai partout où je serai portée.

CHAPITRE DEUXIÈME

Aperçu géographique

I. — Topographie générale.

Située dans le Mer des Indes par 20°50' et 21°23' de latitude Sud, 52°56' et 54°34' de longitude Est, l'île de La Réunion fait partie — avec Maurice (ancienne île de France) et Rodrigues (toutes deux possessions anglaises) — de l'Archipel des Mascareignes,

A 300 milles à l'Est de Madagascar, à 100 milles au Sud Ouest de Maurice et à 6.000 milles de Marseille par le Canal de Suez, elle était, avant la guerre, à trente jours de navigation de la Métropole par les paquebots des Messageries Maritimes (1).

Sa forme est celle d'un cône à base irrégulièrement elliptique. On a pu la comparer, assez justement, à

(1) A remarquer, à ce propos, que les « Progrès de la Navigation » ont eu pour effet de nous éloigner de plus de dix jours de la Mère Patrie !

une énorme tortue dont la tête, rentrée, correspondrait au « Grand Brûlé », la queue à la « Pointe des Galets » et les pattes aux quatre principales pointes latérales.

Elle a 71 kilomètres de longueur, 50 kilomètres de largeur et 207 kilomètres de circonférence.

Sa superficie est de 251.160 hectares.

Suivant l'hypothèse la plus vraisemblable, celle du géologue Charles VÉLAIN qui fit partie de l'expédition française aux îles Saint-Paul et Amsterdam à l'occasion du passage de Vénus sur le soleil, l'île de La Réunion est d'origine ignée.

Elle se trouve constituée de deux massifs montagneux reliés par un plateau de 1.600 mètres d'altitude, improprement appelé « Plaine des Cafres ». — Le premier massif, orienté O.-N.-O., culmine au « Piton-des-Neiges » (3.069 m.), le deuxième, E.-S.-E., a pour sommet le « Piton-de-la-Fournaise » (2.625 m.), volcan en activité.

« Des deux cônes dont elle se compose, écrit Reynaud, celui de l'E.-S.-E., en voie de formation, s'exhausse et quelquefois s'abaisse autour d'un volcan d'une grande activité ; l'autre, celui de l'O.-N.-O., s'est effondré en laissant debout une montagne de laves qui domine trois grands cirques intérieurs, Salazie, Mafate et Cilaos, bassins de réception des trois rivières du Mât, des Galets et de Saint-Etienne ».

Un simple coup d'œil sur la carte ci-jointe permet de se rendre compte de la nature essentiellement montagneuse de l'île qui est presque entièrement occupée par ces deux énormes massifs, tourmentés à l'extrême, creusés de cirques et de profonds ravins.

Leurs imposants contreforts où s'encaissent les torrents impétueux qui descendent presque en droite

ligne du sommet des montagnes à la mer, ne laissent entre eux et l'Océan qu'une bande littorale, généralement étroite, plus rarement élargie comme à la Pointe des Galets, à Saint-Louis et à Saint-André.

La constitution montagneuse de l'île explique en grande partie l'étonnante salubrité de la Colonie que vient cependant compromettre la présence de ce ruban littoral aux riches terres alluviales.

Si l'on excepte, en effet, la plaine des Galets, qui est un affreux désert, on y trouve un peu partout comme à Saint-Paul, Saint-Gilles, Saint-Louis, Sainte-Suzanne et Saint-André des étangs aux eaux dormantes dont le voisinage est toujours malsain. Leur extrême fertilité explique que toutes les villes se soient édifiées sur ce ruban littoral, à une époque où la malaria était inconnue. Saint-Paul, l'ancienne Capitale, n'est qu'un immense verger, une Californie en miniature ; les plantureuses plaines de Savannah, du Gol, du Champ-Borne, du Bois-Rouge et du Quartier-Français sont les plus riches terres à cannes mais aussi le domaine du paludisme.

Aussi comprend-on que les habitants — surtout dans la *Partie-sous-le-Vent* — se soient retirés sur les hauteurs dans des bourgades qui s'étirent à flanc de montagne entre 400 et 600 mètres d'altitude, abandonnant les villes du littoral, plus qu'à moitié dépeuplées. Un exemple entre bien d'autres : Saint-Paul-Ville compte à peine un millier d'âmes alors que sa commune (sic) en compte plus de vingt mille, réparties entre les villages du Bois-de-Nèfles, Bellemène, Le Guillaume, Saint-Gilles-les-Hauts et La Saline.

C'est à regret, certes, que les Saint-Paulois invétérés voient ainsi fondre leurs effectifs mais tout esprit impartial ne peut que déplorer que des institutions

locales, pour ainsi dire inhumaines, tentent d'attacher au boulet des citadins moribonds les saines populations des *Hauts* qui ne peuvent trouver jusqu'à présent que sur le littoral les Hôpitaux, Maternités, Tribunaux et autres Administrations. Trop nombreux, en effet, sont ceux qui contraints de *descendre* à la Ville pour une intervention chirurgicale ou un accouchement, y ont contracté la malaria et en sont morts.

Aussi profitons nous de l'occasion qui nous est offerte ici pour formuler nos vœux les plus ardents afin que cessent de tels errements et que nos campagnes soient un jour dotées d'une organisation médico-sociale indispensable.

II. — Climatologie.

De par sa situation géographique, l'île de La Réunion devrait avoir un climat tropical. Or, si l'on excepte le littoral, c'est en réalité à un climat tempéré que nous avons à faire.

Voici ce qu'en disent prosaïquement les frères LEBLOND :

« C'est une Helvétie tropicale et une Calédonie africaine. O gens d'Europe, imaginez une Suisse sauvage et veloutée qu'ombragent des fougères arborescentes, dans la ceinture perpétuellement frémissante d'une mer australe indigo et argent. Colons du Cap Africain qui regrettez les Écosses où se berça primitivement votre race, vous retrouverez dans nos *Brûlés* les brumeuses vallées où vos légendes se diaprèrent de la rosée céleste ! »

Plusieurs facteurs concourent à cette heureuse transformation.

C'est d'abord le système orographique de l'île qui la divise longitudinalement suivant un axe grossièrement orienté du Nord-Ouest au Sud-Est en deux parties assez dissemblables : La *Partie-du-Vent*, au Nord-Ouest, à l'Est et au Sud-Est, la *Partie-sous-le-Vent* à l'Ouest et au Sud. La première à tendance subtropicale, chaude et humide, tempérée toutefois, par l'Alizé du S.-E. offre une végétation luxuriante. Les pluies, abondantes et tombant sous forme d'averses, sont réparties assez régulièrement tout au long de l'année.

La seconde, chaude et sèche, se rapproche beaucoup du climat méditerranéen et ses savanes de *piquants blancs* ou *rouges* qu'ondule la brise du large n'est pas sans analogie avec les *garrigues* méridionales.

Ce contraste entre les deux Parties de l'île, s'estompe, cependant, rapidement dès qu'on s'élève sur les hauteurs, où règne le plus délicieux climat des zones tempérées d'Europe. Comme le fait très justement remarquer le Professeur JACOB DE CORDEMOY, « C'est une terre évidemment favorisée que celle qui, comme l'île de Bourbon, peut, dans une étendue aussi faible, posséder côte-à-côte, juxtaposés en quelque sorte, des climats aussi différents : sec et torride d'une part, avec la végétation des contrées désertiques, tempéré et humide d'autre part, avec toute l'opulence et l'exubérance des flores tropicales ; et enfin sur les flancs des montagnes et en s'élevant sur les hauts plateaux de l'intérieur, toute la gamme des climats d'altitude jusqu'à des sites où les caractéristiques climatiques sont la brume, le froid et la gelée, avec cette végétation buissonnante, éricoïde des cimes, qui rappelle assez bien la flore si particulière des sommets alpins. »

C'est ensuite l'action bienfaisante de l'Océan qui

la baigne de toute part, des Alizés et de la Mousson qui souffle tantôt du Sud-Ouest tantôt du Nord-Est. Ces vents déterminent le régime des pluies et, partant, les saisons. On y distingue :

1^o) Une saison des pluies ou hivernage, de novembre à mai. C'est la saison chaude, l'époque des cyclones qui, nés dans les régions surchauffées du canal de Mozambique, dévastent souvent le pays et tout particulièrement la zone dite *Sous-le-Vent* !

La température est alors surtout pénible sur le littoral où elle peut atteindre 30-34° en janvier et février où se placent précisément les grandes vacances.

Rien de tel, cependant, sur les hauteurs où se réfugient les citadins. Seules les pluies, presque quotidiennes et la perpétuelle menace d'ouragans marquent ici l'hivernage.

C'est aussi la délicieuse saison des fruits : *Mangues* savoureuses des jardins de Saint-Paul, moelleux *avocats* de Saint-Joseph, *litchis* vermeils, « aux fruits moins pourprés que ta bouche » (1) et *vavangues* succulentes !

2^o) Une saison sèche ou hiver, de mai à novembre. Il n'y pleut qu'exceptionnellement. La température descend à 20°-22° sur le littoral, à 10-15° sur les hauteurs, parfois même au-dessous mais le soleil reste chaud et les vêtements de drap ni le chauffage ne sont nécessaires. C'est la belle saison par excellence.

« Il est impossible de rêver, par exemple, écrit DELTEIL, un climat aussi doux que celui dont on jouit pendant les mois de mai et d'octobre. C'est bien là ce printemps chanté par les poètes mais que l'on trouve

(1) LECONTE DE LISLE : « Le Manchy ».

si rarement en France. Et que dire de ces belles nuits tropicales, éclairées par une lune resplendissante et parfumées par les odeurs suaves qui s'exhalent des fleurs des franciséa, des jasmins de nuit, des acacias, des gardénias et des champacs ! On ne s'étonne plus quand on a goûté le charme de ces soirées si calmes et si pures et quand on a vécu au milieu d'une nature si riche et si belle de toutes les formules admiratives qui ont été employées autrefois quand on parlait de la Réunion et de la gracieuse appellation de « Perle de l'Océan Indien » qui lui avait été donnée par ceux qui avaient été séduits par ses poétiques beautés et son climat incomparable... Et ceux qui l'ont connue emportent d'elle un souvenir délicieux que la mère patrie ne parvient jamais à effacer ».

CHAPITRE TROISIÈME

Peuplement

L'Ile de La Réunion, on l'a vu, était inhabitée lorsqu'elle fut découverte. On ne peut donc pas parler ici d'indigènes. Et c'est un fait digne d'être signalé car il ne s'est pas rencontré souvent dans l'histoire des conquêtes coloniales.

Son peuplement s'est effectué, au cours des siècles, grâce à l'immigration et à la prodigieuse fécondité des races constituantes qui furent, naturellement, des plus variées, de par la situation de l'île en plein océan Indien.

Il est possible, cependant, nécessaire même, de distinguer plusieurs étapes dans l'élaboration de sa population.

I. — Les Blancs : Colons, Militaires et Fonctionnaires.

Si l'on fait abstraction des quelques navigateurs qui, au XVII^e siècle, relachèrent et même séjournèrent quelque temps à Bourbon, les premiers habitants de l'île furent les douze mutins de Pronis qui y restèrent trois ans jusqu'à ce que Flacourt les fit rapatrier à Madagascar en 1649.

Quelques années plus tard, sept colons de Fort-Dauphin sous la conduite d'un certain Antoine Couillard et suivis de six malgaches vont à Bourbon pour y cultiver le tabac, l'aloès et le benjoin. Pris par des pirates, ils sont emmenés aux Indes où les Malgaches sont vendus comme esclaves.

En 1662, deux autres colons de Madagascar décident d'aller coloniser l'île. Ils emmènent avec eux dix malgaches, sept noirs et trois négresses, lesquels s'enfuirent dans les montagnes où ils devinrent la souche de nos *noirs marrons* et constituèrent, par la présence de l'élément féminin, les véritables premiers Réunionnais.

Mais, outre qu'ils furent presque tous exterminés par la suite, les *Blancs* les suivirent de près puisque c'est en 1665 qu'arrivent les vingt colons volontaires d'Etienne Regnault. Recrutés à Brest, ils provenaient, cependant, de toutes les provinces de France et avaient été attirés par les prospectus de la naissante compagnie des Indes Orientales.

A ces vingt Français viennent se joindre, deux ans plus tard, cinq jeunes filles débarquées souffrantes par le Marquis de Mondevergue, du navire « Le Saint-Jean », qui amenait un nouveau convoi d'émigrants

à Madagascar et qui, une fois rétablies par le bon air de cette « Infirmerie », rapporte BARQUISSAU, se marièrent la même année (1667).

Premières hyménées célébrées à Bourbon d'où sortirent vingt trois filles et dix sept garçons, authentiques *créoles*, descendants directs de non moins authentiques Français de France.

Si l'on y ajoute les quelques colons amenés de Fort-Dauphin, en 1671, par Jacob de la Haye, vice-roi des Indes, et les vingt et un réfugiés, dont la féconde Françoise Chatelain, échappés au massacre de cette colonie en août 1674, on a ainsi la liste de la cinquantaine d'émigrants qui de 1665 à 1675 formèrent les éléments primordiaux de la population blanche de Bourbon, d'où descendent la grosse majorité des Réunionnais d'aujourd'hui et tout particulièrement les prolifiques Hoareau, Payet, Fontaine et Rivière.

« C'étaient, nous dit BARQUISSAU, des gens du peuple et de la petite bourgeoisie, fatigués de traîner en France une existence mesquine ou misérable ». Ils s'étaient laissés séduire par la propagande de la Compagnie des Indes et le renom de fertilité de Bourbon.

On a prétendu par la suite, généralisant à tort quelques cas authentiques, certes, que les premiers colons s'étaient unis à des femmes malgaches et que la majeure partie des Réunionnais était de sang mêlé. Or, à l'origine, il n'y eut à Bourbon pas plus de femmes noires que de blanches. Celles-ci arrivèrent même avant celles-là, si l'on veut bien se souvenir que les trois premières négresses avaient suivi leurs compagnons noirs dans le « marronnage ».

Les premiers métissages, comme on le verra dans le recensement de 1686, proviennent des colons de

Fort-Dauphin qui se sont finalement établis à Bourbon.

Il est possible enfin et même probable que quelques colons de chez nous se soient unis à des esclaves mais il faut se garder d'une généralisation trop hâtive et GUET a raison de dire qu'« il a donc suffi de la venue de sept jeunes femmes de France pour établir dans l'île un noyau de population purement français. »

Louis XIV, d'ailleurs, désireux de voir la Colonie se peupler écrivait en février 1673 : « J'ai pris la résolution d'embarquer seize filles pour porter en l'isle de Bourbon... Mon intention est d'envoyer tous les ans quelques hommes et quelques filles pour continuer à la peupler... »

Par contre, l'ordonnance de l'Amiral Jacob de la Haye rédigée à Bourbon même le 1^{er} décembre 1674 comporte un article significatif : « Deffense aux Français d'épouser des négresses, cela dégouterait les noirs du service, et deffense aux noirs d'épouser des blanches ; c'est une confusion à éviter ».

Le recensement de 1686 donne les chiffres suivants :

1 ^o) Français et Françaises		
10 familles comprenant	53	Personnes
2 ^o) Français et Portugaises des Indes		
12 familles	66	»
3 ^o) Français et femmes de Madagascar		
14 familles	78	»
4 ^o) Hommes et femmes de Madagascar		
8 familles	40	»
5 ^o) Deux Hollandais dont l'un avait épousé une Française créole et l'autre une négresse créole	4	»
6 ^o) Seize noirs de Madagascar	16	»
7 ^o) Douze noirs indiens	12	»
Au total	269	personnes

A partir du début du XVIII^e siècle, les délivrances régulières de concessions attirèrent aux îles de France

et de Bourbon un grand nombre de cadets de famille qui modifièrent sensiblement la composition de la Société Réunionnaise.

D'autre part, bien des Officiers des régiments cantonnés dans ces îles pendant les guerres de l'Inde, s'y marièrent et s'y fixèrent.

Il y eut aussi les employés de la Compagnie des Indes où entraient des cadets de famille et des officiers. « Cette source de recrutement, écrit BARQUISSAU, a amené aux îles de France et de Bourbon, un élément de bonne noblesse qu'on trouve rarement dans les autres colonies ».

Il faut encore y joindre les Emigrés qui, sous la Révolution, vinrent chercher refuge à Bourbon comme les frères de Villèle dont l'un, rentré en France, fut ministre sous la Restauration.

Il y eut enfin, les nombreux fonctionnaires de la République, Gouverneurs, Administrateurs, Magistrats, Professeurs qui épousèrent nos langoureuses créoles ou les filles de leurs collègues et s'établirent finalement dans la Colonie.

Le recensement de 1772 indique	6.000 blancs
Celui de 1786	8.227 blancs et libres
Celui de 1822	15.000 blancs
Celui de 1847	43.029 blancs et libres

II. — Les esclaves.

« On aurait pu concevoir au début de la Colonisation, écrit BARQUISSAU, un travail libre ; les paysans de France n'auraient pas moins bien réussi sur ce sol fertile, dans ce climat sain, que dans la Métropole. Aujourd'hui encore, les descendants de paysans que l'on appelle *petits blancs* ou *blancs des hauts* pros-

pèrent sur les hauteurs de l'île sans autre main-d'œuvre que leur nombreuse famille. La santé physique et morale de notre population y eût gagné.

« Mais la tentation était trop forte, grâce à la proximité de l'Afrique, grâce aux offres alléchantes des négriers, grâce à la complaisance de l'Administration, de faire cultiver les terres concédées par des bêtes humaines dont le travail était gratuit, l'entretien dérisoire et le renouvellement peu coûteux » (1).

Peu nombreux au début du XVIII^e siècle, leur nombre s'accrut beaucoup du fait de l'extension extraordinaire de la culture du café. Les Colons réclamèrent, en effet, des bras à la Compagnie des Indes qui, très intéressée dans l'affaire, introduisit le Code Noir en 1725 et fit aux habitants les plus larges avances en esclaves.

Ils étaient 30.000 en 1772

56.490 en 1786.

Mais en 1818, la Restauration abolit la traite des noirs et l'interdit.

La Monarchie de Juillet fit voter l'abolition de l'esclavage en 1845 et institua des mesures transitoires comme le rachat et le patronage.

Enfin en 1848, la Seconde République paracheva cette œuvre en envoyant à la Réunion le Commissaire Général Sarda Garriga qui fit appliquer cette mesure.

(1) Nous ne sommes pas tout à fait d'accord avec BARQUISSAU quant à l'exactitude de ces qualificatifs. Un esclave, qu'il n'a jamais été facile de se procurer à La Réunion, constituait, en effet, une réelle valeur et son maître « l'entretenait » correctement, en sorte que son travail n'était en fin de compte pas si « gratuit » qu'on se l'imagine. Il demeure bien entendu, par ailleurs, que le maître se rattrapait largement par le rendement maximum qu'il exigeait de son esclave. Ce n'est qu'une nuance mais elle est réelle.

Il n'y eut aucun trouble mais une explosion d'allégresse, passagère, sans doute, car ces affranchis se trouvèrent du jour au lendemain en face de la lutte pour la vie.

Il y manqua, heureusement, le virus démagogique, qui fit tant de mal aux Antilles, et l'évolution se fit vers la résolution.

Quoiqu'il en soit, les noirs d'aujourd'hui gardent encore bien vivant le souvenir de leur *papa Sarda*.

Qu'étaient ces esclaves ?

1^o) **Les Malgaches.** — Bourbon ne possédant pas de noirs indigènes, il fallut aller les chercher ailleurs. Ce fut tout naturellement la grande île voisine qui fournit les premiers contingents. On les cueillait sur la côte à la dérobée, ou bien on s'adressait aux négriers. Les Arabes exerçaient tout particulièrement ce commerce, et cela même après l'abolition de la traite.

Mais les Malgaches, habitués à une vie nonchalante, accoutumés aux longues rêveries dans la brousse ou à la chasse, furent loin de donner entière satisfaction. En outre, leur amour de la vie sauvage, leur impérieux instinct d'indépendance, « l'appel de la forêt », les incitaient, malgré eux peut-être, à désertir les champs pour aller grossir les rangs des noirs marrons.

Ils ont laissé, pourtant, une forte empreinte dans l'ethnologie réunionnaise, comme nous le verrons bientôt.

2^o) **Les Cafres.** — Ce sont les noirs de la côte orientale d'Afrique, du Mozambique. C'étaient des travailleurs robustes, dociles, gais à l'ouvrage, loyaux, s'adaptant facilement aux contrées où ils étaient importés, s'y attachant même et ne songeant guère à

retourner en Afrique. Ils constituent le meilleur fond de notre race noire actuelle.

Du jour où des esclaves Cafres furent introduits à Bourbon, la valeur marchande des Malgaches tomba bien bas.

3^o) **Les Indiens.** — Ils furent assez nombreux au XVIII^e siècle qui fut l'époque glorieuse de notre expansion aux Indes. Leur nombre cessa de s'accroître quand survinrent nos revers à la suite de la guerre contre les Anglais. Leur rôle, cependant, déborde largement le cadre de l'esclavage et nous les retrouverons bientôt à la tête des travailleurs étrangers.

Evoquons, en passant, leur lointain souvenir :

« Le bracelet aux poings, l'anneau sur la cheville,
Et le mouchoir jaune aux chignons,
Deux Télingas portaient, assidus compagnons,
Ton lit aux nattes de Manille ». (1)

III. — Les Engagés.

Au milieu du XVIII^e siècle, l'âge du café avait été l'âge de l'esclavage.

Au XIX^e siècle, ce fut l'ère de la canne à sucre.

Mais la traite des noirs ayant été abolie en 1818, il fallut chercher ailleurs la main d'œuvre nécessaire. On s'adressa à des travailleurs étrangers qui contractaient un engagement de dix-huit mois, à l'expiration duquel la Colonie les faisait rapatrier. Ainsi se créa, à partir surtout de la deuxième moitié du XIX^e siècle (l'esclavage ayant été aboli en 1848) un important mouvement d'immigration qui n'a pas manqué

(1) LECONTE DE LISLE : « Le Manchy ».

de retentir profondément sur la pathologie de la Colonie.

Que furent ces immigrants ?

1^o) **Les Chinois.** — Ils furent les premiers à s'enrôler. Chassés de leur pays par la misère et la famine, ils déferlèrent sur Maurice et La Réunion, poussant même jusqu'au Cap qu'ils doublèrent pour arriver jusqu'aux Antilles.

On avait fondé de grands espoirs sur ces asiatiques mais l'on dut vite déchanter. Bien que aptes à tous travaux, ils préféraient de beaucoup ceux de l'intérieur, tels que le ménage, le commerce et l'industrie.

En outre, ils étaient difficiles à conduire, ne montrant aucune tendance à l'adaptation, encore moins à l'assimilation.

2^o) **Les Indiens.** — Ce furent de beaucoup les plus nombreux. C'est par milliers qu'ils venaient de Bombay, de Madras, de Calcutta et des comptoirs français de l'Inde.

De véritables traités de Commerce avaient été signés dans ce but avec l'Angleterre.

Leur nombre atteignit le chiffre respectable de 43.749 en 1887.

Du point de vue ethnologique, c'étaient :

a) des *Dravidiens-Souédras* de la caste des Vellajar.

b) des *Moûndas*, de la caste des Poulleyar ou parias.

Les uns et les autres appartenaient aux plus basses classes de la société.

Ils étaient recherchés à cause de leur docilité à toute épreuve et de leur relative intelligence.

En revanche, ils avaient tous les défauts qu'il est possible d'imaginer : paresseux, menteurs, voleurs,

sales, ignorant les lois les plus élémentaires de l'hygiène, maladifs et susceptibles d'importer les pires épidémies.

3^o) **Les Malgaches.** — Sous l'esclavage, l'arrivée des Cafres avait occasionné, on l'a vu, une forte baisse sur les Malgaches. Mais vers l'année 1882, l'Angleterre ayant dénoncé nos accords au sujet de l'immigration indienne, il fallut bien se rabattre à nouveau sur nos voisins.

Ils n'avaient d'ailleurs fait, entre temps, aucun progrès.

Plus qu'à moitié sauvages, ils vivaient en cercle fermé. Passant pour sanguinaires, ils inspiraient une véritable crainte aux « habitants ». Les plus horribles légendes circulaient à leur sujet. On disait qu'ils suçaient le sang des petits enfants, qu'ils mangeaient la viande de bœuf crue et parfois même celle des animaux morts.

Chaque nouveau convoi s'accompagnait dans les campagnes d'un véritable vent de terreur. On redoutait de les rencontrer la nuit dans les sentiers déserts et quand tombait le crépuscule, les mères craintives séquestraient au fond des « cases » la marmaille apeurée.

Et nous avouerons nous-même bien humblement que nous ne reconnaissons plus parmi les inoffensives compagnies de Travailleurs Malgaches de Montpellier, Sète et Agde, à qui nous prodiguons quotidiennement nos soins, ces grands diables noirs, plus qu'à demi-nus sous un vague « langouti » aux dents horriblement blanches, aux cheveux ruisselants de suif, armés de longues « sagaies » étincelantes, qui ont littéralement hanté notre prime jeunesse.

D'où nous venaient-ils donc ces terribles Sakalaves ? Dans quelles terres infernales étaient nés ces redou-

tables Betsimisaraka ? Étaient-ils donc si primitifs ces sauvages Antandroys ?

Quoiqu'il en soit, leur engagement terminé, ils ne restaient pas dans l'île mais retournaient à la Grande Terre.

4^o) **Les Comoriens.** — Les mêmes causes qui ont déterminé le recours aux travailleurs Malgaches, ont entraîné l'importation à La Réunion, tout au début du XX^e Siècle, des Comoriens. Produits de nombreux croisements entre Arabes et Cafres, Arabes et Malgaches, ou encore de ces trois éléments à la fois, ils représentent un type très peu sympathique et ont d'ailleurs joui chez nous de la même réputation que les précédents. Leur influence s'est, heureusement, exercée pendant très peu de temps car dès que l'on se fût aperçu de leur inaptitude au travail agricole, leur rapatriement ne se fit pas attendre.

Et ce fut un grand bienfait car à eux seuls ils eussent à tout jamais contaminé l'île des innombrables et hideuses maladies que l'Orient, l'Afrique et Madagascar réunis ont littéralement distillées dans le « chaudron » des Comores. Le dégoût qu'ils inspirèrent chez nous fut si grand qu'aujourd'hui encore le seul terme de « Comorien » équivalait presque à une insulte.

De ces quelques considérations sur les « engagés » il convient de retenir la différence qu'ils présentent avec les esclaves. Ceux-ci, par la force même des choses, s'étaient adaptés à la vie civilisée. Ayant perdu, le jour de leur esclavage, tout espoir de retour au pays natal, ils avaient peu à peu abandonné leurs coutumes sauvages et s'étaient finalement intégrés délibérément dans la vie réunionnaise. Par leur métissage ils ont fortement contribué à l'élaboration de l'élément noir de sa population.

Rien de semblable chez les engagés. Si l'on excepte, en effet, quelques indiens, qui, primitivement attachés à une usine sucrière, se sont fixés au sol au point de ne pas suivre « le moulin » dans ses pérégrinations, comme cela est fréquent à La Réunion, tous les autres sont restés des étrangers et, sous bien des rapports, des étrangers indésirables.

IV. — Les Réunionnais au XX^e siècle.

Complètement inhabitée il n'y a pas encore trois siècles, l'île de La Réunion compte aujourd'hui près de 200.000 âmes.

La diversité des éléments ethniques qui contribuèrent à l'élaboration de cette population rend particulièrement intéressante la vue d'ensemble que nous allons essayer d'en donner.

A) La Race Blanche.

Fait unique, sans doute, dans l'histoire des Colonies françaises, les blancs sont relativement plus nombreux que les noirs. Il n'y a pourtant, là rien de surprenant puisque nous avons suivi pas à pas son peuplement.

« Cette île minuscule, écrit BARQUISSAU, a eu cette fortune singulière d'attirer et de retenir les représentants de tous les « pays » de France ; nulle part, si ce n'est à Paris, la race ne s'est unifiée si tôt ni si vite. On retrouve dans les vieilles familles des traits physiques et moraux de leurs divers terroirs, on retrouve des traces de dix dialectes français dans le patois que parlent les classes ignorantes ; la race réunionnaise est donc essentiellement une sélection des diverses races qui constituent la France ».

On ne saurait, cependant, méconnaître l'influence conjugée, sur cette race transplantée, de l'éloignement et de l'isolement, du climat et des maladies, du voisinage enfin, et de la compénétration même, des autres éléments ethniques.

Mais comme toujours, il faut se garder des excès et Fernand HUE, dans son livre sur « La Réunion et Madagascar » n'a pas tort de s'élever contre certaines exagérations. « Certains auteurs, écrit-il, se sont plus à nous dépeindre le créole de La Réunion comme un homme paresseux, indolent, alangui par une température excessive, enclin à la molesse (1). Rectifions cette erreur. Et d'abord, la chaleur est très supportable, tempérée qu'elle est par les brises du Sud-Est ; ensuite, nous pouvons affirmer que les créoles possèdent l'énergie, l'activité, l'ardeur de nos méridionaux ; (2) la lecture de l'histoire de Bourbon suffit pour montrer que toutes les qualités, toutes les vertus qui forment le caractère distinctif de notre race se retrouvent chez nos compatriotes de La Réunion : braves jusqu'à la témérité, chevaleresques, enthousiastes, capables de tous les dévouements, de tous les héroïsmes, ils se sont toujours montrés dignes de leur origine ».

Quant à nous, tout en confirmant cette opinion autorisée, nous nous permettrons d'ajouter notre propre fierté d'appartenir à cette race « encore dix-huitième siècle ».

Il convient, par ailleurs, de distinguer parmi les blancs de La Réunion plusieurs catégories d'individus.
1^o — les blancs authentiques qui ont maintenu

(1) Nous reparlerons, dans la partie consacrée à l'étude de la pathologie, de cette légendaire indolence des Créoles.

(2) A titre documentaire... Fernand HUE écrivait ceci en 1887.

sans tache leur descendance ; riches ou pauvres, ils constituent les grandes familles de l'île. On les trouve soit dans les villes soit dans leurs terres, en véritables gentilshommes campagnards. D'autres sont fonctionnaires, magistrats, professeurs au Lycée de Saint-Denis.

2^o — Les « petits blancs » ou « blancs des Hauts », vulgairement appelés « litones » ou « pattes jaunes », cantonnés dans les hauteurs où ils représentent exactement les paysans métropolitains. Ils sont de race pure comme les « gros blancs » et se gardent jalousement de tout mélange soit avec les noirs soit même avec les mulâtres.

3^o — Les mulâtres blancs qu'on ne parvient que très difficilement à différencier des vrais blancs, issus d'une union très ancienne d'un blanc et d'une noire, plus rarement d'un noir et d'une blanche. Peut-être faut-il rechercher leurs ancêtres dans ces colons de Fort-Dauphin, arrivés à Bourbon en 1674, et qui avaient épousé des femmes malgaches.

Ils sont assez nombreux et sont généralement incorporés aux blancs.

B) Les Mulâtres proprement dits.

De peau « café au lait » plus ou moins foncé, ils sont nombreux et s'éloignent scrupuleusement des « p'tits noirs ». Les blancs les désignent volontiers mais improprement sous le terme de Créoles. Par ailleurs, ils n'offrent rien de particulier à La Réunion, si ce n'est qu'on n'y possède tout de même pas la riche gamme de couleurs des Antilles, par exemple.

C) La Race Noire.

Tout comme la race blanche, elle a subi l'action combinée de l'isolement qui rapproche les extrêmes,

du climat toujours égal qui estompe les différences, de la vie facile, enfin, qui supprime les intrigues et les heurts de la lutte pour la vie.

Aussi serait-il vain aujourd'hui de vouloir identifier les noirs de La Réunion à leurs ancêtres Cafres, Malgaches ou Indiens.

Même notre « Cafre bleu » est bien éloigné du Bantou ou du Maquois de Mozambique, du Sakalave ou du Betsimisaraka de Madagascar. C'est un Réunionnais, un citoyen français, qui a conscience de sa noblesse et qui ne discute pas devant le sacrifice de sa vie lorsque l'exige l'intérêt de la Grande Patrie blanche.

N'ont-ils pas, d'ailleurs, dès leur plus tendre enfance, sur les bancs de l'école, balbutié avec le plus grand sérieux du monde, la traditionnelle phrase : « Nos ancêtres les Gaulois avaient le teint rose, les yeux bleus et les cheveux blonds » ?

Mais plus encore que pour la race blanche, il importe de faire ici toute une systématisation.

a) *Les « Créoles noirs ».*

Distinguons tout d'abord les descendants d'esclaves, contemporains des premiers colons, qu'on désigne généralement sous la dénomination de « créoles noirs » (1) ; là le métissage a joué au maximum.

Les résultats en ont été, d'ailleurs, si heureux dans certains cas, qu'il n'est pas interdit de se demander si les blancs, à la recherche du meilleur rendement, n'y ont pas été pour quelque chose, mais ce n'est qu'une hypothèse.

(1) Les termes de *Nègres* et *Négresses*, d'ailleurs inexacts ici, sont considérés, dans la population noire de La Réunion, comme de véritables insultes. Par contre, ils admettent sans outrage le nom de *Cafres*.

Le métissage le plus net est celui du Cafre et du Malgache d'une part, du Cafre et de l'Indien de l'autre. Ces unions ont donné des produits de qualité très inégale et qui peuvent se classer de la façon suivante :

1^o) *Cafre-Malgache*. — C'est le plus beau type du noir de La Réunion. Selon le caractère qui a dominé l'autre, il se rapproche du Cafre ou du Malgache, sans qu'il soit possible, toutefois, de l'assimiler ni à l'un ni à l'autre. Ce sont de solides gaillards, bons travailleurs et bons garçons respirant la santé et d'une gaieté tapageuse. La peau est noire et fine, les pommettes assez saillantes, le nez moyennement aplati et les cheveux lisses dans le type malgache ; peau plus grossière, lèvres épaisses, massif facial plus développé et cheveux crépus dans le type Cafre.

2^o) *Cafre-Indien*. — Il a perdu, malheureusement, le type Cafre. Il est petit, chétif, maladif, tout comme le famélique « Malabar » de chez nous dont on dit assez vulgairement qu'il « n'a point de tripes ».

b) *Les Indiens*.

Un premier groupe est constitué par les descendants des esclaves de cette race et ceux des tout premiers engagés que nous avons vu s'attacher au sol, tandis que les usines sucrières s'en étaient allées plus loin, suivant le développement des cultures. Ils doivent être rattachés au groupe précédent. Comme principale caractéristique, répétons-nous, on les trouve dans les villages où il y eut autrefois une usine ou dans le voisinage immédiat, comme à Bellemène, au Bernica, à Saint-Gilles-les-Hauts. Ils se rapprochent de plus en plus des noirs créoles et le métissage est encore très actif parmi eux. Dans quelques générations ils n'au-

ront plus aucune attache avec leur race originelle.

Puis vient le groupe de tous les autres descendants d'engagés Indiens, Malabars, Télingas et Bengalis, rassemblés sous le nom générique de « Malabars » qui sont restés fidèles à l'industrie sucrière. On les trouve sur les grandes propriétés et dans les usines où l'excessive chaleur des chaufferies et des turbines à vapeur est mal supportée des Cafres. Mais il faut deux ou trois « Malabars » pour égaler un de ces derniers.

Ce sont en effet, de petits hommes maigres, chétifs dont l'étonnante et passive endurance supplée pour une grande part à la faible robusticité (1). N'ayant que peu de tendance à l'embonpoint, ils ont la peau noire, les traits fins, les lèvres minces, les cheveux lisses. Ils portent souvent d'énormes « anneaux » aux oreilles et des bracelets massifs.

Les femmes sont d'une réelle finesse, avec des profils de médailles, et d'une élégance indiscutable. Elles se parent de nombreux et beaux bijoux en or ou en argent massif : toutes les parties du corps, ou peu s'en faut, en sont ornées. Le petit clou d'or qu'elles portent à la narine droite leur donne un air de divinité égyptienne. Mais elles sont toutes plus ou moins malades.

Ces Indiens ont gardé leurs coutumes, leurs religions et leur mépris complet de l'hygiène. Ils vivent en cercle fermé, dans des villages réservés, au voisinage immédiat des usines, que l'on désigne encore sous le nom de « Camps ».

Ceux même qui se rapprochent le plus de leurs com-

(1) Nous n'avons pas été peu étonné à notre arrivée en France de voir que le terme de « *Malabar* » s'appliquait au contraire, ici, aux hercules de la rue.

patriotes *assimilés*, n'ont pas abandonné leurs us et coutumes, mais y ont purement et simplement ajoutée celles des blancs.

Il n'est pas rare, par exemple, de voir les cérémonies nuptiales, au sortir de l'église, se prolonger dans les Camps suivant les rites hindous, malgré les exhortations du clergé. Ils possèdent, d'ailleurs, leurs pagodes, vulgairement appelées *Chapelles Malabares* où sont célébrés les cultes de Vichnou et de Câli. A l'époque de leurs fêtes, réduction des Poudjahs de l'Inde, le bruit des tams-tams emplit la campagne car l'écho le prolonge de *ravine en ravine*. Ce sont alors les *danses dans le feu* et les processions solennelles de Jagannath ou de Dourga. Et quels ne sont pas le sombre désappointement et le sourd ressentiment de notre brave clergé de reconnaître, au passage du cortège, bon nombre de ses ouailles !

Comme le fait justement remarquer le Docteur JOUSSET « Appartenant, comme les Chinois, non à des sociétés primitives dont les membres sont prêts à se fondre par un instinct naturel dans les sociétés plus avancées, mais à des sociétés vieilles et décrépées, ils conservent avec ténacité leurs habitudes et leurs mœurs antieuropéennes..... Empruntée généralement aux couches les plus basses et les plus viles des peuples, privée de famille, ne comptant qu'une femme sur dix hommes et souvent moins, cette tourbe prend des mœurs d'un cynisme révoltant ». Nous nous empressons d'ajouter, cependant, que le tableau est tout de même moins noir à La Réunion où le milieu exerce sur eux une influence civilisatrice indiscutable.

Un dernier groupe, enfin, est représenté par des Indiens de race Dravidienne, probablement de la caste des Souâdras, à peau moins noire, parfois très

claire. Ils constituaient autrefois ces vieux domestiques fidèles qui s'attachaient à une famille pour la vie. Ils nous viennent aujourd'hui de l'île Maurice et sont surtout joailliers.

A côté de ces Indiens noirs, il existe à La Réunion, une assez importante colonie d'Indiens blancs, improprement appelés Arabes, ou mieux « Z'arabes ». Originaires de Bombay, ce sont des Indiens musulmans, descendants des envahisseurs Arabes.

On ne les rencontre guère que dans les villes où ils ont accaparé le commerce des tissus. Vivant strictement entre eux, au milieu de leurs femmes et de leur nombreuse progéniture, ils n'ont eu jusqu'à présent aucune influence sur l'ethnologie réunionnaise. Il n'en est peut-être pas de même quant à la pathologie car, outre l'incroyable promiscuité où ils semblent se complaire et leur manque naturel d'hygiène, ils sont en relations suivies avec l'Inde.

D) Les Chinois.

Introduits dans l'île comme travailleurs agricoles ils se sont bien vite orientés vers le commerce et sont tous épiciers jusque dans les campagnes les plus reculées. Dans cet ordre d'idées il faut avouer qu'ils rendent les plus grands services au petit peuple de La Réunion. Ayant le plus vif esprit d'entreprise, ne reculant pas devant le risque, bien minime, il est vrai, puisqu'ils commencent le plus souvent avec rien, on les voit arriver alors que le village ne compte encore que quelques *cases*. Par leur profonde connaissance du crédit, ils s'attachent rapidement toute la clientèle et la seule présence d'une *boutique-chinois* est d'un excellent pronostic pour l'avenir d'un village naissant. Ne perdant jamais de vue leurs intérêts, ils

sont, néanmoins, d'une grande utilité dans les campagnes. Ils achètent les produits des petits cultivateurs qu'ils payent le plus souvent en marchandises ou, si l'on préfère, ce sont les *habitants* qui les payent en nature. Pour eux, il n'y a jamais de profit négligeable : deux allumettes soustraites sur une vingtaine de boîtes font en fin de compte une boîte de plus ; la marchandise vendue tout emballée, *en cornets*, leur permet de gagner le poids du papier. C'est à l'aide de pareils expédients, plus ou moins honnêtes, il est vrai, mais jamais pendables, qu'ils arrivent à faire leurs affaires. Partis de zéro le plus souvent, ils finissent généralement par arriver à une aisance indiscutable. Quelques-uns même font fortune et possèdent des succursales dans plusieurs *quartiers*.

Comme les Musulmans de Bombay, ils n'ont aucune tendance à fusionner avec les autres éléments de la population. Ils vivent entre eux, et les femmes, surtout dans les campagnes, sont excessivement rares. On rencontre parfois des Chinois, implantés depuis longtemps dans l'île, qui ont épousé des *créoles* mais c'est l'exception et leur famille, dans ce cas, n'est pas reconnue par la Colonie chinoise. Nous en connaissons de ces *Chinois créolisés*, qui sont dignes des plus purs *créoles* et que nous n'aurions pas scrupule à fréquenter. Tous les autres vivent en cercle fermé dans leur *arrière-boutique* et constituent dans nos campagnes des personnages assez étranges, jouissant, tout à la fois, d'une sorte de crainte respectueuse et subissant les joyeuses railleries des *habitants*, comme dans la chanson :

« Chinois dans locomotive,
guette son pantalon large
dehors li mette son gencive
son dent là l'est couleur cirage ! »

Mais si ces Chinois campagnards sont dignes de notre bienveillant intérêt, il n'en va plus du tout de même pour ceux de Saint-Denis, où il existe un véritable quartier chinois, avec maisons closes et fumeries d'opium. Cette nouvelle plaie est d'origine relativement récente mais elle tend à prendre une telle extension qu'il n'est pas exagéré de parler du « péril chinois ». Outre le foyer de corruption qu'ils entretiennent dans le quartier de la rue Sainte-Anne, ils constituent pour le pays une menace de plus en plus réelle de contamination car, tout comme les « Z'arabes », leurs relations avec la Chine sont des plus étroites.

Puisse notre cri d'alarme être entendu des Autorités afin que disparaisse cette véritable nuisance !

RECENSEMENT DE L'ANNÉE 1847

Population libre	43.029
Population esclave	60.260
Indiens	2.076
Chinois.....	778
Atelier colonial	58
Population flottante	38
Gendarmerie	119
Troupes	1.630
Fonctionnaires et employés	270
Total	108.258

RECENSEMENT DE L'ANNÉE 1921

Population française (Noirs et blancs)	167.789
Indiens (engagés ou sujets anglais)	2.194
Indiens de Bombay dits Arabes (sujets anglais)	709
Malgaches	403
Cafres	885
Chinois	1.052
Etrangers	152
Total	173.190

V. — Conclusion.

Comme le fondeur mêle dans un même creuset des métaux différents pour en faire un alliage solide et homogène, ainsi la Colonisation a rassemblé et brassé, à l'île de La Réunion, des éléments disparates qui, sous son ciel clément, se sont fusionnés en une race nouvelle, la race créole.

Si l'on excepte, en effet, les derniers venus des engagés Indiens, les « Arabes » et les Chinois, on se trouve en présence d'un ensemble homogène, en dépit peut-être des apparences, constitué par le bloc des Créoles, tant blancs que noirs.

Descendant les uns et les autres des plus anciens habitants de l'île, mélangés pareillement, chacun dans sa couleur, les mulâtres mis à part, ils ont un fond commun, le fond réunionnais qui fait que le blanc de chez nous n'est pas un métropolitain pas plus que le noir n'est un Africain, un Malgache ou un Indien.

Aussi ne doit-on point s'étonner de voir que le *gros blanc* de La Réunion tout comme le *Cafre-bleu* du Port de la Pointe-des-Galets et le *p'tit noir* des rues de Saint-Denis sont des Français dans toute l'acception du terme.

Et sur ce sujet, brûlant d'actualité, à un moment où la Patrie meurtrie semble ne plus être reconnue de ses plus proches enfants, il nous serait facile de nous étendre mais nous dépasserions notre cadre. Qu'on veuille bien, cependant, méditer cette phrase des frères LEBLOND : « L'histoire de France a pour les petits Créoles le prestige sacré de la Bible et la beauté radieuse de la mythologie : la France resplendit pour eux de perfection, on peut presque dire de divinité ».

DEUXIÈME PARTIE

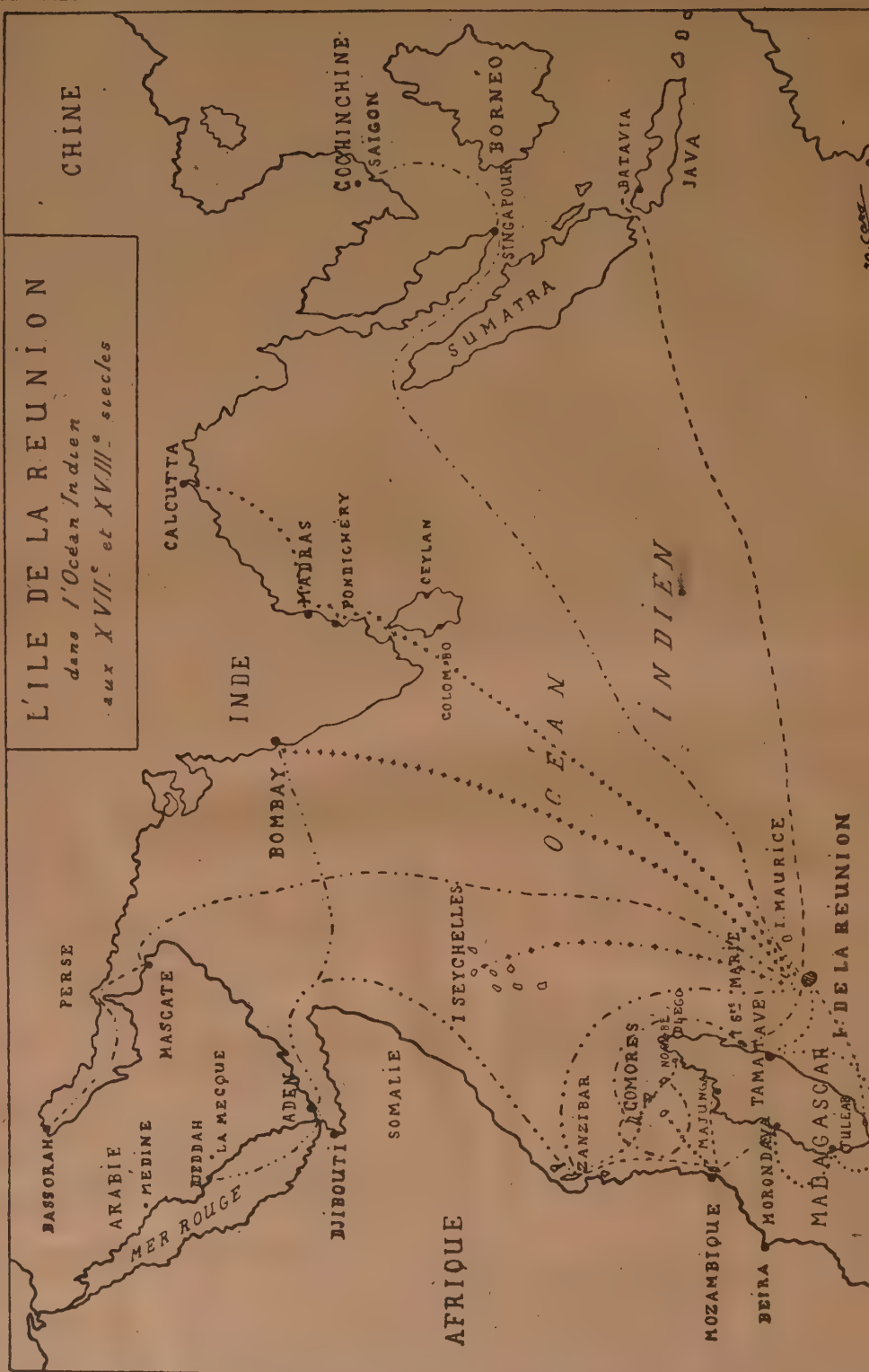
L'ILE DE LA RÉUNION
DANS LE « BASSIN INDIEN »

GÉOGRAPHIE MÉDICALE

L'ÎLE DE LA REUNION

dans l'Océan Indien

aux XVIII^e et XIX^e siècles



CHAPITRE PREMIER

Considérations générales

Les voici connus, les artisans de la pathologie réunionnaise. Il nous faut maintenant examiner les matériaux qu'ils ont trouvé à leur disposition.

L'île de La Réunion, en effet, n'est pas un Monde, isolé de notre planète, inaccessible à ses influences morbides, à ses misères, en un mot à sa pathologie.

Elle n'est, au contraire, qu'une infime parcelle de tout un système, une petite île dans le vaste « bassin indien ».

On a coutume, d'autre part, de considérer le XX^e siècle, probablement parce qu'il est nôtre, comme celui du Progrès par excellence, et l'on parle couramment en épidémiologie du développement des communications qui multiplient les contacts, des progrès de la navigation qui rapproche les continents et les terres

lointaines. Or, en ce qui nous concerne, ce siècle du Progrès nous a généreusement témoigné le plus parfait désintéressement et nous a laissés dans l'oubli le plus complet.

Notre grand siècle, à nous Réunionnais, c'est le XVIII^e, celui de la Bourdonnais, c'est le XIX^e, celui de l'expansion coloniale française.

Malgré ses imperfections, la marine à voile domine notre histoire. Avec elle, l'île de La Réunion n'était pas une terre perdue au fond de l'Océan Indien, un terminus obligatoire. C'était, au contraire, un havre béni, malgré la dureté de ses côtes, une bouée lumineuse dans le vaste océan, un relai dans le Bassin-Indien.

Loin d'être isolés comme aujourd'hui, nos relations étaient des plus fréquentes avec Madagascar et ses dépendances, avec l'Afrique et le Mozambique, avec l'Arabie et le Golfe Persique, avec la Chine, l'Indochine et le Japon, avec les Indes Néerlandaises, l'Australie et la Nouvelle-Calédonie, avec l'Inde surtout, cet empire des vivants et des morts.

Leurs produits précieux emplissaient nos magasins avant d'être livrés sur le marché Métropolitain ; leurs enfants, par milliers, venaient comme esclaves ou comme engagés cultiver nos terres encore vierges ; nos soldats s'en allaient porter chez les rebelles ou contre les Anglais le fer et le feu meurtriers ; nos colons, par leur esprit aventureux et entreprenant, préparaient l'action de nos colonnes.

La Réunion était donc bien une métropole dans la mer des Indes, d'où partaient marins, soldats et colons et où convergeaient des hommes de toutes races.

Mais, en même temps que notre gloire, ce fut aussi notre perte car ces hommes, venus de tous les coins du vaste océan, ont apporté avec eux des semences

de Mort. C'est précisément ce que nous nous proposons d'établir en jetant un rapide coup d'œil sur la géographie médicale, particulièrement riche, de ce que nous avons appelé le « bassin-Indien ».

Et pour nous réconcilier avec le XX^e Siècle nous invoquerons le vieil adage : « Pour vivre heureux, vivons cachés ».



CHAPITRE DEUXIÈME

Géographie médicale

I. — MADAGASCAR ET DÉPENDANCES.

Outre que c'est, après l'île Maurice, notre plus proche voisine, c'est à Madagascar que furent tentés les premiers essais de colonisation.

a) Sainte-Marie.

Richelieu ayant concédé pour dix ans, le 22 janvier 1642, à la naissante Société de l'Orient le droit de coloniser à Madagascar et d'y faire commerce, le commis Jacques de Pronis y fut envoyé. Après avoir, comme on l'a vu, pris possession de La Réunion, il en fit autant pour l'île Sainte-Marie, située à l'Est de la Grande Terre et s'y installa. L'année suivante la Colonie de Fort Dauphin était fondée sur la côte ferme.

Dix ans plus tard, le massacre d'Août 1674 mettait tragiquement fin à cette première tentative.

Mais dès lors, l'île Sainte-Marie de Madagascar restait entre nos mains. A telle enseigne que la fille du roi de Foulpointe et de Sainte-Marie, Béti, qui avait épousé un caporal de la Compagnie des Indes, cédait cette île au roi Louis XV par acte authentique en date du 30 juillet 1750.

Située à une distance variant de 7 à 30 kilomètres de la côte malgache, cette petite île mesure 55 kilomètres de longueur sur 3 kilomètres de largeur.

Presque tous les auteurs sont d'accord sur l'effroyable insalubrité de Sainte-Marie.

Seul le Docteur BORJUS, tout en reconnaissant la particulière richesse de sa pathologie, émet une note optimiste « Je crois, dit-il, que la réputation d'insalubrité faite à la côte de Madagascar a été singulièrement exagérée... la comparaison de son climat à l'excellent climat de Bourbon n'a pas dû peu contribuer à ces exagérations. »

Le Docteur TISSOT, au contraire, est catégorique : « Le séjour de Sainte-Marie, écrit-il, est des plus dangereux et la réputation de cette île est bien méritée. Le paludisme y règne en maître... la fièvre bilieuse hématurique, les accès pernicioseux à forme comateuse, les fièvres rémittentes bilieuses s'y observent. La dysenterie n'y est pas rare, le tétanos à frigore et traumatique est aussi fréquent que sur la côte malgache. »

De même le Docteur SÉGARD écrit : « Mais Sainte-Marie, y compris l'îlot Madame, est, je le répète, une localité très malsaine ; la température y est plus élevée qu'à Tamatave, la brise moins fraîche, l'eau y suinte partout apportant au ras du sol des effluves marécageux... tout contribue à y engendrer la fièvre. »

Or, les Réunionnais étaient nombreux à Sainte-Marie et nous pouvons même rapporter que notre grand-père maternel y a contracté un abcès du foie dont il mourut à La Réunion, ce qui, à défaut d'autres preuves, suffirait à faire admettre qu'à côté de la dysenterie bacillaire, très répandue à Madagascar, existe également l'amibiase.

b) Nossi-Bé.

L'Histoire de notre expansion coloniale à Madagascar nous mène ensuite juste à l'opposé de Sainte-Marie, dans une petite île située sur la côte Nord-Ouest à 7 km. 500 de la terre ferme.

« En 1839, (alors que nous ne possédions plus rien à Madagascar) écrit le Docteur GUTOL, le Gouverneur de La Réunion (1), préoccupé de procurer à cette colonie un nouveau débouché sur la grande terre malgache, jeta les yeux sur Nossi-Bé. Il n'eut pas de peine à obtenir une demande de protection de la part des chefs Sakalaves menacés par les Hovas; un traité fut signé en 1840 qui nous cédait la propriété de l'île. La prise de possession eut lieu l'année suivante. Après avoir longtemps dépendu administrativement de La Réunion et ensuite de Mayotte... elle en a été définitivement séparée le 1^{er} janvier 1878. »

Au point de vue de la pathologie, deux principales affections retiennent notre attention : le paludisme, particulièrement malin, d'ailleurs, et la variole, celle-ci importée de Madagascar et se manifestant sous forme d'épidémies très meurtrières puisque celle de

(1) M. HELL dont le nom a été donné à une localité du cirque de Salazie (Hellbourg) et à la capitale de Nossi-Bé (Hell-Ville).

1875 aurait occasionné mille décès sur une population ne dépassant pas neuf mille âmes. Les noirs maquois ou Cafres y seraient surtout prédisposés.

Quant au paludisme, c'est la grande endémie de Nossi-Bé. Il évolue sous toutes les formes : accès pernicioeux très fréquents et réalisant la principale cause de mortalité, accès bilieux, accès jaunes, bilieuses hématuriques.

A ce propos GUIOL écrit : « Les théories contagionistes trouvent facilement des partisans parmi les créoles de La Réunion dont l'île autrefois si saine qu'elle avait mérité le nom de « Paradis de la mer des Indes » est devenue la proie d'un paludisme très intense depuis que les travailleurs importés de l'Hindoustan y ont, disent-ils, apporté la fièvre. »

De même, le Docteur CANOLLE qualifie le paludisme : « l'ennemi le plus redoutable de la santé pour la race blanche ». Il revêt toutes les formes et CANOLLE distingue à ce sujet différentes sortes d'accès mélanuriques, distinctions qui ne manquent d'ailleurs pas d'intérêt :

1^o) *La fièvre bilieuse hématurique* est une pyrexie avec troubles excessifs des sécrétions biliaire et rénale, dyscrasié sanguine ; elle existe à Nossi-Bé, elle y est très grave (accès jaune).

2^o) *La fièvre mélanurique* est une pyrexie dans laquelle l'état bilieux est tout, l'hématurie faisant défaut. Elle est encore grave.

3^o) *La fièvre hématurique* ou accès hématurique est une pyrexie dans laquelle l'état bilieux n'est rien et dont l'hématurie est le principal symptôme. Nous l'avons observé très fréquemment à Nossi-Bé sur les créoles de La Réunion : elle est beaucoup moins grave

que la fièvre bilieuse hématurique (avec laquelle il ne faut pas la confondre).

« Cette confusion de la fièvre hématurique qu'ils appellent à tort *accès jaune* avec la fièvre bilieuse hématurique, méritant seule ce nom, est également faite à Nossi-Bé, par les nombreux créoles de La Réunion qui l'habitent ».

Si l'on ajoute les maladies vénériennes (syphilis chez les Malgaches, uréthrites chez les Arabes), l'éléphantiasis, sévissant surtout sur les Cafres et les Malgaches, et quelques rares épidémies de choléra, on a ainsi une assez claire notion de la pathologie de cette île qui, d'après GUIOL, qui y a séjourné quatre ans, de 1876 à 1880, est d'une très grande insalubrité.

En ce qui nous concerne, nous ferons remarquer seulement :

— qu'il y avait beaucoup de Réunionnais : « Les propriétaires et leurs agents, écrit GUIOL, sont presque tous des créoles, blancs ou mulâtres, de La Réunion ».

— que la garnison de l'île était fournie par notre colonie et relevée tous les ans.

— qu'enfin les contacts entre Nossi-Bé et La Réunion étaient assurés non seulement par les vivants mais encore par les moribonds, si l'on en croit GUIOL : « La mortalité à Nossi-Bé serait plus forte encore si la fréquence des relations avec Maurice et La Réunion ne permettait à beaucoup de malades d'échapper aux atteintes du climat ou d'aller mourir ailleurs... Il faudrait encore savoir combien de personnes, et le nombre en est grand, sont allées mourir à La Réunion des suites du paludisme contracté à Nossi-Bé ».

c) Les Comores.

L'Archipel des Comores se trouve au Nord-Ouest

de Madagascar dont la plus proche, Mayotte, n'est qu'à soixante lieues, Leur pathologie s'est largement ressentie du double et néfaste voisinage de la grande île d'une part, de la côte orientale d'Afrique de l'autre.

Mayotte a pour capitale Dzaoudzi qui est un îlot jouissant d'une salubrité étonnante par rapport à Mayotte elle-même qui est malsaine.

La population est constituée par un véritable amalgame d'Arabes, de Comoriens, d'Anjouanais, de Malgaches, de Maquois et naturellement, de Réunionnais !

« Il y a, écrit le Docteur NEYRET, quelques Européens et un grand nombre de créoles, presque tous de La Réunion ».

Le paludisme est, ici aussi, la grande nuisance. « Les créoles sont ceux qui en souffrent le plus, constate NEYRET. Ils en souffrent d'autant plus qu'ils ont une horreur profonde pour la quinine qu'ils accusent d'une foule de méfaits : c'est elle qui est cause de l'hypertrophie de la rate, c'est elle qui produit les *accès jaunes*, nom donné ici à la fièvre bilieuse hématurique »...

La dysenterie amibienne ne fait ici, aucun doute : « Ces amibes ont un bord net. Elles contiennent de nombreuses granulations dont quelques-unes, assez grosses, peuvent être reconnues pour des débris d'hématies ou de leucocytes ».

« **La filariose** est presque aussi commune dans la population créole que le paludisme ; elle l'est infiniment plus chez les noirs. C'est la grande endémie de Mayotte : ... du premier coup d'œil on voit la filaire, n'en fut-il qu'une dans toute la préparation, frétiller au milieu des globules ».

Toutes les formes de filariose y sont représentées : la fièvre filarienne ressemble à s'y méprendre à la fièvre paludéenne quotidienne et débute souvent par

un frisson à la fin de la matinée. Elle s'accompagne généralement d'une douleur dans l'aîne.

L'éléphantiasis des jambes y est fréquent.

L'hydrocèle l'est encore davantage.

Le lymphoscrotum et les varices lymphatiques n'y sont pas rares.

Quant à l'Hémato-chylurie, elle aurait beaucoup diminué de fréquence à Mayotte.

L'ankylostomose y est très répandue, d'après GRENET et MONESTIER qui y ont consacré des travaux en 1867. Elle détermine la chloro-anémie chez les noirs et est en rapport avec la géophagie.

Notons enfin, cette intéressante déclaration du Docteur GRENET que nous n'avons malheureusement pas pu vérifier : « Le rachitisme est presque inconnu dans ce pays et dans tout Madagascar ; imitant les Spartiates, ils sacrifient ou exposent au flux de la mer tous les nouveaux-nés défectueux et même ceux qui n'ont que des doigts surnuméraires ».

d) Diego-Suarez.

Cette splendide base navale du Nord-Est de Madagascar porte ce nom étranger en souvenir du navigateur portugais Ferdinand Suarez qui découvrit l'île en l'an 1506 et de son compatriote Diego Lopez de Siqueyra, envoyé en reconnaissance par Emmanuel de Portugal.

La population est constituée de Sakalaves et de Betsimisaraka, d'indiens blancs et noirs, de Zanzibarites, de Comoriens, de quelques Européens et de créoles de La Réunion.

Le Docteur CARTIER écrit, en effet : « Les créoles blancs, d'origine bourbonnaise ou mauricienne, sont peu robustes, beaucoup portent sur leur physionomie

ce cachet spécial à ceux qui ont fait un long séjour à Madagascar ».

En tête de la pathologie, comme partout ailleurs dans l'Océan Indien, vient le **paludisme** avec ses formes les plus graves.

« Immédiatement après le paludisme, poursuit CARTIER, de toutes les maladies endémiques la **dysenterie** est la plus fréquente ; par le nombre des cas et aussi par la gravité de ses atteintes ou de ses complications, elle occupe le second rang ».

La forme chronique est la plus commune et les complications hépatiques fréquentes.

Et notons cette déclaration : « guéris de la dysenterie les hommes étaient dirigés sur La Réunion où je perdais leurs traces ».

Variole. — « Cette affection crée pour Diego-Suarez une menace constante d'épidémie dont l'effet immédiat serait de nous fermer l'accès de La Réunion... Une épidémie de cette nature est à prévoir ».

Les Indiens blancs, comme nous le laissons prévoir pour La Réunion, y sont pour quelque chose. « Ils ont des relations très suivies, écrit CARTIER, avec Zanzibar (où la variole est endémique) et Bombay. Profitant des brises du Nord-Est, leurs *boutres* viennent du fond du golfe de Bengale apportant du riz et des étoffes ; ils quittent Madagascar dès le commencement des brises du Sud-Est ».

La fièvre typhoïde mérite une mention spéciale. C'est, d'abord, la première fois qu'on en entend parler. CARTIER prétend qu'elle aurait été importée de Majunga et de Tamatave. CLAVEL note que les Malgaches n'en sont pas atteints et que seuls les Européens sont touchés. « Diego, écrit-il, est devenu un foyer d'infection typhique ».

e) **Tamatave.**

Située sur la côte Est, cette ville tirerait son nom du Malgache *Taomasina* qui veut dire *La Divine* ou *La Salée*. Comme partout sur la côte, on y trouve des Européens, des créoles de La Réunion, des Indiens, des Betsimisaraka et des Sakalaves. Le pays a toujours été excessivement malsain même pour les Hovas des hauts plateaux.

« Un acteur, un spectre, pourrais-je dire, écrit le Docteur SÉGARD, domine la scène pathologique à Tamatave, c'est la *fièvre*, cet ennemi sinistre, plus redoutable et plus difficile à lasser que les Hovas et qui, cent fois plus qu'eux, aura fait des victimes parmi le corps expéditionnaire. C'est elle que, par une plaisanterie lugubre, la reine Ranavalô aimait à décorer du nom de son Premier Général ».

Fièvre intermittente, fièvre rémittente, surtout dans les formes d'invasion, fièvre rémittente bilieuse, fièvre bilieuse hématurique « qui inspire la terreur aux créoles », accès pernicieux, rien n'y manque.

« **La dysenterie** est endémique à Madagascar, affectant parfois aussi la forme épidémique elle éprouve cruellement les Malgaches. Plusieurs des volontaires de Bourbon en furent atteints ; leur régime fortement épicé pourrait être considéré comme une cause adjuvante ».

Le béribéri, connu sous le nom de *uretin thaly* à Nossi-Bé, de *dridra* à Sainte-Marie, serait très fréquent chez les Sakalaves.

Le tétanos y est très fréquent, les enfants surtout y paient un lourd tribut.

La rage existe à Madagascar. Notre collègue et ami le Docteur RAHARINOOSY nous a même précisé que

c'était en janvier et février qu'on en voyait le plus de cas. Travaillant alors en rizières, à la lisière des forêts, les Malgaches étaient parfois mordus des chiens sauvages et contractaient la maladie.

f) **Majunga.**

Principale ville de la Côte Ouest, sa pathologie est sensiblement la même que celle des autres points côtiers, aggravée, cependant, par le dangereux voisinage de la côte de Mozambique.

La fièvre paludéenne est là encore le principal fléau.

La dysenterie, d'après TRUCY, y aurait été introduite par des soldats venant du Tonkin.

La variole y sévit à l'état épidémique, comme d'ailleurs sur la majeure partie de cette côte qui fait face à l'Afrique.

Le choléra s'est manifesté sous forme de rares épidémies purement accidentelles comme celle de 1877 où un boutre de Bombay y débarqua en secret, nous apprend LAUGIER, et y ensevelit le cadavre d'un cholérique.

g) **Tananarive.**

Quant à la pathologie des hauts plateaux de Madagascar, elle dépasse notre cadre car nos relations, toutes maritimes, ne lui ont, certes, pas permis d'exercer une influence notable sur la nôtre.

Nous nous permettrons, cependant, d'insister quelque peu sur deux affections particulièrement intéressantes : la tuberculose pulmonaire et la peste.

Tuberculose pulmonaire. — Nous ne l'avons pas rencontrée sur le littoral mais il n'en est pas de même pour les hauts plateaux.

D'une façon générale, Madagascar est considéré

comme un pays à tuberculisation récente et l'on a remarqué que cette affection avait pris une extraordinaire extension depuis l'arrivée des Français.

L'enquête du Docteur CLARAC en 1905 concluait que la tuberculose y était beaucoup moins fréquente qu'en Europe et qu'elle n'existait que sur les hauts plateaux.

L'enquête de CALMETTE en 1912 aboutissait aux mêmes conclusions, à tel point qu'on admit officiellement qu'elle y était rare et l'on ne s'en soucia plus.

Mais en 1923 on signale les progrès inquiétants de cette maladie dans la région de Fort Dauphin.

Enfin, en 1926, GIRARD et ROBIC établissent qu'il n'y a pas de milieu indemne de tuberculose à Tananarive où l'index tuberculinique serait de 42 %.

Ces auteurs invoquent le rôle favorisant des pneumonies, fréquentes dans ces régions et dont l'évolution subaiguë mais torpide est particulièrement grave. Elles seraient mortelles dans 35 % des cas et ceux qui en guérissent deviendraient tuberculeux dans la proportion de 20 %.

La peste. — Cette maladie a été importée de l'Inde en 1898 et s'est depuis, installée à l'état endémique, déterminant de temps à autres des bouffées épidémiques, comme celles de 1907 à Majunga, de 1921 à Tananarive.

Elle se manifeste surtout sous la forme bubonique, sur le littoral, sous la forme pulmonaire et septicémique sur les hauteurs.

Nous formulerons, en passant, tous nos regrets de n'avoir pas pu, par suite des circonstances actuelles, prendre connaissance des importants travaux qu'y ont consacrés GIRARD et ROBIC, chefs du laboratoire des recherches sur la peste à l'institut Pasteur de Paris.

Disons enfin pour être complet, que la **syphilis** est commune chez les Malgaches qui, à l'inverse de la blennorrhagie, ne la considèrent pas comme une « maladie honteuse ». (1)

Et pour terminer, réjouissons-nous de ce que cette belle colonie n'ait pas justifié les craintes de SÉGARD qui écrivait en 1886 : « Il ne faut pas qu'un jour, écrivant l'histoire de cette conquête, on puisse dire en parlant des nôtres : « Ils vainquirent les Hovas, mais ils furent vaincus par la fièvre. »

II. — COTE ORIENTALE D'AFRIQUE.

Nous nous bornerons ici à une étude sommaire de la Colonie Portugaise de Mozambique et de l'ancienne colonie allemande de l'Est-Africain.

Mozambique.

La partie moyenne de la Côte orientale d'Afrique tire son nom de la petite île de Mozambique, véritable bande de corail recouverte de sable et d'une mince couche d'humus. Elle mesure 2 kilomètres 800 de longueur sur 300 mètres de largeur. Sa capitale, Saint-Sébastien, occupe presque toute l'étendue de l'île. Sa population se compose de Portugais, de Cafres, de Comoriens et d'Indiens.

Sa pathologie, qui n'est que le reflet de celle de la terre ferme, est dominée par le **paludisme** avec son cortège d'accès bilieux, de fièvre bilieuse hématurique, d'accès pernicieux.

Immédiatement après, et à titre endémique éga-

(1) Docteur RAHÁRINOOSY.

lement, vient la **variole** dont on peut dire que Mozambique est le véritable fournisseur. C'est de là qu'elle s'est répandue aux Comores, à toute la côte occidentale de Madagascar et jusqu'à La Réunion.

Le choléra s'y manifeste sous forme d'épidémies annuelles de plus en plus importantes, si l'on en croit le Docteur Antonio Pinto Roquete.

La dysenterie y est endémique mais on n'observe que rarement des bouffées épidémiques.

Les affections cutanées y sont fréquentes et variées : ulcère de Mozambique ou phagédénique, filarioses diverses, éléphantiasis du scrotum, pian ou bubas.

Nous verrons plus loin que c'est de Mozambique aussi que la Puce-chique a pris son essort pour envahir rapidement tout le Bassin Indien.

A noter, par contre, la rareté de la fièvre typhoïde et de la tuberculose pulmonaire.

Zanzibar.

Face à la côte de l'Est Africain, dont elle n'est séparée que de 20 milles, se trouve l'île de Zanzibar dont le nom arabe *Zendjibar* veut dire *terre des noirs*.

Le gros de la population est, en effet, constitué par des noirs Souhahélis ou Cafres, presque tous réduits à l'état d'esclavage par les Arabes qui pratiquaient encore la traite en 1888, malgré la surveillance des Allemands et des Anglais, si l'on en croit le Docteur DRAGO. Viennent ensuite les Indiens noirs, les Indiens musulmans, les Banians et les Persans. Les Européens sont surtout représentés par les Anglais. Là encore on retrouve la trace des Réunionnais. Le Docteur SEMANNE rapporte, en effet, que le Gouvernement de La Réunion y envoya une mission catho-

lique en 1860 dont il fut médecin traitant pendant deux ans et demi.

L'île de Zanzibar a joui pendant tout le XIX^e siècle d'une effroyable réputation d'insalubrité. Elle serait imméritée d'après DRAGO qui rejette toute la responsabilité sur la côte ferme.

SEMANNE est également de cet avis et pourtant il écrit : « Il est bien prouvé que l'Européen ou le créole de Bourbon ne pourraient pas habiter impunément les habitations sucrières de l'intérieur de l'île, même comme simples surveillants de la culture ».

Une fois de plus, le **paludisme** domine la pathologie de ce pays où l'on rencontre surtout les formes bilieuses.

La dysenterie vient ensuite mais les complications hépatiques seraient rares.

La variole et **la Rougeole** y sont endémiques avec des bouffées épidémiques.

Le choléra y apparaît en de rares épidémies comme celle de 1859, importée de Djeddah par des boutres arabes et bien étudiée par le Docteur DAULLÉ. De Zanzibar le fléau se transmet aux Comores, à Nossi-Bé et à toute la côte occidentale de Madagascar. Nouvelle épidémie en 1870.

L'île et la côte ferme seraient le « royaume de **l'éléphantiasis** » : les jambes et le scrotum sont les parties le plus souvent atteintes.

La lèpre y est fréquente.

« **La blennorrhagie**, écrit DRAGO, s'observe très fréquemment et les plus à craindre pour une infection de ce genre paraissent être, à ce que l'on dit, les femmes indiennes qui se livrent à la prostitution ».

Le pian ou **buba** serait très commun, surtout jusqu'à l'âge de 15 ans.

Le géophagisme et **l'ankylostomose** n'y sont pas rares.

Il faut encore ajouter **les hémorroïdes** qui y seraient extraordinairement fréquentes et **les ophtalmies purulentes**.

Notons enfin cette importante déclaration de DRAGO : « **La phtisie pulmonaire** fait de véritables ravages dans la population féminine des harems et parmi les femmes indiennes ».

En manière de conclusion, nous rappellerons simplement ce que nous avons déjà remarqué aux Comores, à savoir que la présence simultanée des Arabes et des Indiens a toujours eu la plus fâcheuse influence sur la salubrité des pays sur lesquels s'abattaient ces oiseaux de malheur. Outre, en effet, la sinistre libéralité avec laquelle ils y introduisent germes et virus de toutes sortes, leur déplorable hygiène favorise l'explosion des épidémies les plus meurtrières.

III. — ARABIE ET GOLFE PERSIQUE.

Nous serons très brefs ici car ces pays, fort heureusement, n'ont jamais exercé une influence directe sur La Réunion, protégée qu'elle est par l'« écran malgache ». Leur action, par contre, a toujours été des plus néfastes sur la salubrité de la Côte Africaine, des Comores et de la Côte Occidentale de Madagascar.

Comment en serait-il autrement, d'ailleurs, puisque les pèlerinages de la Mecque, véritables nuisances, réalisent périodiquement le mélange des deux plus puissants « explosifs épidémiques » qui soient au Monde, les Arabes et les Indiens !

Largement ouvertes sur la Mer Rouge, la Méditerranée et l'Océan Indien, ces contrées jouent le rôle

de « répartiteurs » des maladies pestilentielles. Les noms de Djeddah, Aden, Mascate, Bassorah évoquent toujours le souvenir horrifiant du choléra, de la peste, de la variole, du typhus exanthématique.

C'est sous forme de véritables « coulées » que ces fléaux se répandent le long de la côte des Somalies, de l'Est Africain et du Mozambique, envahissant rapidement Zanzibar d'où ils se propagent aux Comores et à Madagascar.

C'est ainsi qu'en 1858 le choléra existait à la Mecque. Il suivit les pèlerins à Djeddah. De là, par les boutres arabes, il atteignit le littoral africain et Zanzibar où il sévit de décembre à mars faisant plus de 20.000 victimes. De Zanzibar, le fléau gagna les Comores et la Côte de Madagascar au début de l'année 1859. En prenant un chargement de noirs à la Côte d'Afrique, le « Mascareigne » contracta l'épidémie et l'introduisit à La Réunion.

En dehors de ces maladies épidémiques, nées et propagées à la faveur des pèlerinages, il faut encore citer certaines affections sévissant à l'état endémique comme la **fièvre courbaturale** ou **dengue**, le **typhus récurrent**, les **ophtalmies purulentes**, le **bouton d'Orient** et les **maladies vénériennes**.

Un des principaux bienfaits de la Colonisation française est, précisément, d'avoir institué à Madagascar une police sanitaire qui, en la protégeant de ces importations néfastes, a grandement contribué à son assainissement.

IV. — L'INDE.

Cet immense empire de plusieurs centaines de millions d'habitants offre ici un intérêt tout particulier. Ses étroites relations avec l'Ile de La Réunion lui ont permis, en effet, d'exercer chez nous une influence indiscutable.

Le Docteur COTHOLENDY écrit, précisément, à ce sujet : « Il faut remarquer que l'immigration a établi entre l'Inde et La Réunion un courant humain qui paraît avoir eu une influence funeste sur la salubrité de l'Ile. C'est depuis l'introduction des travailleurs indiens que Maurice et La Réunion ont été visitées par de nombreuses épidémies ; c'est depuis l'arrivée de cette race qui paraît rebelle aux prescriptions les plus élémentaires de l'hygiène que la fièvre palustre exerce des ravages qui vont s'aggravant chaque jour ».

Au point de vue ethnologique, l'Inde était primitivement peuplée d'une race autochtone, les Moûndas, réduits plus tard à l'état d'esclavage par les envahisseurs Dravidar, de race mongolique.

Mais une deuxième invasion se produisit, celle des Argas ou Aryens, de race blanche, qui subjuguèrent à leur tour Dravidar et Moûndas et introduisirent le système des castes où ces derniers furent placés d'office au rang des Soûdras ou travailleurs. Les Dravidar s'adaptèrent de leur mieux à ce nouvel état de choses et rejetèrent les Moûndas dans la vaste-caste des Poulleyar ou Parias. Les uns et les autres ont fourni de gros contingents à l'immigration. C'est ainsi qu'à La Réunion, à côté des innombrables parias qui sont aussi, comme le dit Huillet, « cultivateurs et voleurs », on retrouve de nombreux Vellajar (culti-

vateurs) de race Dravidienne dont les noms se terminent par « poulé ».

A propos des parias, le Docteur ROUBAUD, qui fut médecin à bord d'un convoi d'immigrants, écrit : « leur niveau moral est inférieur à celui des autres Indiens, plusieurs d'entre eux parlent un peu la langue de leurs maîtres et ils en ont emprunté les vices sans en prendre les qualités. Ils sont très enclins à la saleté, les femmes pareyahs ne se faisaient dès le début aucun scrupule à satisfaire à leurs besoins dans le faux pont et jusque dans les bailles où elles devaient, le lendemain, manger le riz, et cela en présence de toutes les autres femmes couchées tout à côté ».

De telles pratiques suffiraient, certes, à expliquer la particulière richesse de la pathologie hindoue mais nous sommes en Orient et voici, d'après la légende, quelle fut l'origine des maladies et de la médecine aux Indes :

« Dans le Creta-Yugam (premier âge du Monde) les hommes et les animaux n'étant point soumis à la loi de la mort, la déesse de la terre se trouva incapable de supporter le poids énorme qui l'accablait. Alors Brahma, à la requête de Siva, créa la déesse de la mort, Câli, du feu de sa divine colère et lui ordonna de mettre à mort sans distinction tous les êtres vivants. Câli, tremblante d'effroi, s'adressa alors à Brahma : « O Créateur, vous m'avez faite femme et un tel ordre « n'est pas en rapport avec ma nature », et pendant qu'elle le suppliait instamment de lui épargner le plus grand de tous les crimes, elle fondit en larmes. Mais Brahma restant sourd à ses prières elle partit et, continuant à pleurer, elle accomplit les plus sévères pénitences en l'honneur de Brahma. A la fin, il parut et déclara que les mains de Câli ne seraient pas teintées

de sang mais que toutes les larmes qu'elle avait versées pendant le temps de sa pénitence deviendraient des maladies et que tous les êtres vivants périraient par elles... Alors naquit un médecin céleste nommé Danwantari, pour résister au pouvoir de la déesse de la mort et pour instruire le monde dans la science médicale ... »

Et qui connaît le caractère « pleurnichard » de nos malabars ne s'étonnera pas que les larmes de Câli aient donné naissance à une aussi abondante moisson de fléaux !

Le paludisme est ici supplanté par le Choléra mais il occupe, cependant, une large place dans la pathologie de l'Inde. Il se manifeste non seulement sous la forme de fièvres intermittentes, rémittentes et bilieuses mais encore sous un polymorphisme que révèlent les termes vagues de *cachexie*, *sénilité*, *hydropisies diverses* que l'on voit figurer dans les statistiques.

Dans le seul district de Pondichéry, on relève, pour l'année 1866, 1.354 cas de fièvres paludéennes traitées à l'hôpital donnant 129 décès.

En 1876 : 527 décès par paludisme, 1877 : 527.

En 1877 : 873 décès par paludisme, 1878 : 873.

A noter, en passant, la déclaration du Docteur FOLLET qui écrit : « Après la sécheresse, quand viennent les pluies et que les défrichements reprennent pour la culture, on note une nette recrudescence du paludisme qui prend une véritable allure épidémique ».

Il serait encore plus fréquent au Bengale et à Bombay, d'après HUILLET.

Le choléra y est endémique. Il y serait connu depuis la plus haute antiquité et les Deltas du Gange et du Brahmapoutre passent pour en être le berceau.

Bontius en parle déjà en 1629 à Batavia.

Le Frère du Choiseul, de la Mission Etrangère, en fait état en 1759. En 1774, le docteur Paisley, à Madras et Sonnerat, commissaire de la Marine et naturaliste, à Pondichéry, relatent aussi une épidémie de choléra.

Il sévit surtout sur les *natifs* mais l'on sait quelles en sont les formidables explosions épidémiques lors des pèlerinages à La Mecque.

Voici, d'après HUILLET, les décès par choléra à Pondichéry, Villenour et Bahour de 1855 à 1866 :

1855	281
1856	158
1857	630
1858	326
1859	595
1860	775
1861	705
1862	492
1863	420
1864	406
1865	78
1866	1.640

• **La variole** serait également connue aux Indes depuis les temps les plus reculés. Si l'on en croit un certain Calvi Virumbon, cité par Williams Scott, elle aurait été étudiée par le fameux médecin Danwantari qui donne les règles suivantes pour en pratiquer l'inoculation : « Prenez le fluide de la petite vérole sur le pis d'une vache ou sur le bras d'un être humain, entre l'épaule et le coude, avec l'extrémité d'une lancette et piquez le bras entre l'épaule et le coude jusqu'à ce que le sang apparaisse : alors mêlez le fluide avec le sang et la fièvre de la petite vérole se montrera. La maladie produite par le fluide pris sur le pis d'une vache sera de la même nature que la petite vérole mais avec

la différence qu'elle n'inspire aucune crainte et ne réclame aucun médicament ; on peut prescrire la diète pour complaire au patient... lorsque le bouton est à point, il est d'une bonne couleur, rempli d'un liquide clair et entouré d'un cercle rouge ; alors vous n'aurez plus à craindre la petite vérole, aussi longtemps que vous vivrez... »

Elle règne souvent à l'état épidémique et fait alors de grands ravages. HUILLET rapporte que les Indiens donnent aux malades du suc de feuilles de tamarinier pour faciliter l'éruption, saupoudrent le corps avec de la cendre de bouse de vache pour absorber le pus et éloigner les mouches, et appliquent sur les plaies des feuilles de margosier pilées et frites.

La mortalité par variole était, à Pondichéry de :

132	décès	en	1862.
461	»	»	1863
285	»	»	1864
32	»	»	1865

La vaccine tend, cependant, à en diminuer, de plus en plus le nombre de cas.

La peste y aurait existé de toute antiquité d'après le Docteur MAHÉ. Elle serait endémique dans la région subhimalayenne et dans le bas Indus. « Comme le choléra, écrit le Docteur FRANCIS, la peste a trouvé dans l'Inde un habitat qui lui convient ».

Les Indiens la désignent du nom significatif de *Mahamurree*. (La Grande Mort).

Il est curieux, cependant, de constater que la plupart des épidémies ont été importées, comme celle de 1896, venue de Hong-Kong. Chaque fois, elles ont été précédées d'une épizootie sévissant sur les rats

d'abord, puis sur les serpents et les chacals. C'est la forme bubonique qui est de beaucoup la plus fréquente.

Les spirochétoses récurrentes sont également communes aux Indes où on les désigne sous les dénominations de *fièvre à rechutes* (*relapsing fever*), de *typhus récurrent*, de *typhus de famine*, de *fièvre de Bombay* ou de *fièvre à spirillum*.

Seul, MOREHEAD, refuse d'admettre l'existence de cette affection qu'il confond avec le paludisme.

Mais VAN DYKE CARTER qui y a consacré d'importants travaux est formel : « Le typhus récurrent, écrit-il, doit être distingué des fièvres malariennes, intermittentes ou rémittentes : celles-ci se développent en des conditions d'endémicité et de saison particulières ; elles ne sont pas contagieuses, elles présentent un type périodique bien différent du récurrent ; elles sont justiciables du sulfate de quinine ».

Ayant eu l'occasion d'étudier cette maladie de près lors de l'épidémie de 1877-1878, il a retrouvé le spirochète dans le sang des malades et voici la description qu'il en donne : « Le spirillum d'Obermeyer est un filament incolore, délié, contourné, qui se meut dans le plasma. Il mesure de deux à six fois le diamètre d'une hématie. Son épaisseur est très minime, sa forme variable : au repos, c'est un filament à spirales lâches (8 à 10 tours de spire) mobile, c'est un filament onduleux très diversement contourné, coudé ou enroulé sur lui-même. Il existe surtout au début de la première attaque et disparaît après l'acmé ».

A Bombay, l'épidémie semble avoir été importée par les campagnards chassés de l'intérieur par la famine mais l'affection existe à l'état endémique, toujours prête à éclater épidémiquement.

Citons encore CARTER dont les constatations sont

du plus haut intérêt pour nous : « A Bombay, la maladie a été manifestement importée par les émigrants. On l'a vue, une fois introduite dans une famille, dans une maison, atteindre tous les membres de cette famille, tous les habitants de cette maison ; des infirmiers et des médecins l'ont contractée dans les salles des hôpitaux ».

Nous verrons plus loin les mêmes faits se reproduire à La Réunion.

CARTER est allé jusqu'à l'inoculer au singe et l'inoculation s'est révélée positive. Il cite enfin des cas où des piqûres anatomiques, accidentelles, au cours des autopsies ont été le point de départ de la maladie chez l'homme.

METCHNIKOFF lui-même, dans une leçon faite à l'Institut Pasteur de Paris, disait : « La fièvre récurrente fut observée pour la première fois en Irlande par des médecins anglais, puis dans l'Inde d'où elle est originaire... »

La dengue ou dandy fever ou fièvre épidémique inflammatoire de Calcutta sévit dans l'Inde sous la forme épidémique. Il semble que cette affection y ait été importée d'Arabie où elle est endémique. Ce fut le cas pour l'épidémie de Madras, de Calcutta et de Bombay en 1871-1872.

Le kala-azar (1) ou fièvre dum-dum y règne en maître. C'est, d'ailleurs, à l'autopsie d'un soldat rapatrié des Indes que Leishman découvrit ses fameux corpuscules en 1903. Peu après Donovan, à Madras, confirmait la découverte de Leishman. Rogers, à Calcutta, fit des essais de culture et obtint des fla-

(1) JOYEUX et SICÉ : *Précis de Médecine Coloniale*, Masson et Cie, Paris 1937.

gellés. D'après YOUNG, la maladie tend à s'étendre. Au Bengale, KNOWLES évalue le nombre de malades à 2.668.000 sur 46 millions d'habitants.

A Dogochia, dans la Présidence de Calcutta, un hôpital a été spécialement fondé pour soigner le kala-azar.

Un foyer existe également dans la Présidence de Madras.

Le bouton d'Orient par contre, ne serait pas aussi fréquent qu'on serait en droit de penser. Il serait localisé plus à l'ouest.

Le tétanos y acquiert une fréquence littéralement énorme, dépassant de beaucoup ce que nous avons vu à Madagascar.

C'est ainsi que pour la seule année 1866, HUILLET note pour Pondichéry 384 décès par tétanos sur une mortalité totale de 1.323 décès. Faut-il en chercher la raison dans l'usage que font les Indiens de la bouse de vache comme topique universel ?

La rage existe dans l'Inde. Elle serait souvent observée chez les chiens et les chacals d'après PLEHN. Assez rare chez l'homme, si l'on en croit HUILLET qui prétend même que les convulsions chez les jeunes chiens sont souvent dues à la présence dans leurs oreilles de petites « carapattes » (ixodins).

La lèpre y est très commune, atteignant surtout les Indiens, rare chez les mixtes et les blancs.

Les deux formes se voient : tuberculeuse et nerveuse mais celle-ci serait la plus fréquente.-

Les Indiens en ont une grande horreur. La loi hindoue déshéritait autrefois, paraît-il, l'enfant atteint de lèpre, comme, d'ailleurs, de toute affection incurable.

« Lorsqu'une personne meurt avec la lèpre, raconte HUILLET, ils croient qu'elle en sera affligée dans l'autre

monde, à moins qu'un parent n'accomplisse le praschitta, pénitence qui consiste à garder l'abstinence tout un jour, à se raser la tête entièrement, à donner en présent des Cauris (coquillages servant de monnaie) et d'autres objets au Brahme qui prononce certaines prières ».

Le pied de Madura n'y est pas rare. C'est, en effet, VAN DYKE CARTER qui reconnut le caractère parasitaire de l'affection et qui proposa le nom de mycétome. On la désigne encore sous la dénomination de dégénérescence endémique des os du pied.

L'éléphantiasis ou maladie glandulaire des Barbades y atteint une fréquence considérable, surtout chez les hommes. On la connaît encore sous le nom de lymphite spontanée des membres inférieurs.

« Cette maladie des vaisseaux lymphatiques, écrit HUILLET, atteint parfois les femmes blanches qui présentent des œdèmes des jambes évoluant par poussées. Entre celles-ci, retour à la normale, jusqu'au jour où le gonflement ne disparaît plus aussi complètement à chaque récurrence. Finalement le membre garde une certaine grosseur.

Les affections cutanées sont extraordinairement répandues :

Bourbouilles (*lichen tropicus*), **Carpang** qui paraît être une association d'impetigo, d'ecthyma et d'eczéma, **Gale**, le plus souvent infectée et impetiginée, **furoncles** de toutes dimensions qui, selon les propres termes de HUILLET, « font le désespoir des malades et des médecins ».

La filaire de Médine ou dragonneau y est commune sous les dénominations de nar, narambou ou narou.

Le pian ou framboesia est excessivement fréquent.

Les maladies vénériennes ne le sont pas moins.

La syphilis, très répandue chez les Indiens, qui ne se soignent pas, est particulièrement grave chez les femmes qui présentent des chancres phagédéniques donnant des perforations vesico-vaginales et des ulcérations multiples.

L'ophtalmie purulente ou dordeuil évolue sous forme d'épidémies annuelles coïncidant avec l'apparition de petites mouches très nombreuses en août et septembre et qui se posent sur les paupières.

« Dans leur contact répété sur le bord ciliaire, elles irritent la conjonctive par le dépôt de leurs œufs ou celui de quelque matière excrémentielle acre qui tombe dans le repli de cette muqueuse ; l'inflammation ne tarde pas à envahir la conjonctive oculaire ». C'est alors le tableau de la conjonctivite purulente avec pus abondant, gonflement, douleur, photophobie et fièvre.

La tuberculose pulmonaire serait une affection terrible aussi bien pour les blancs que pour les Indiens. Elle serait, d'après Buchanam, très fréquente dans l'Inde, contrairement à ce que l'on croit. Elle revêtirait une forme fébrile et une forme latente, presque jamais diagnostiquée. Les formes ostéo-articulaires y seraient rares.

Le climat, d'ailleurs, aurait la plus fâcheuse influence sur les lésions pulmonaires, si l'on en croit HUILLET qui écrit : « La sécheresse des vents de terre qui irrite la muqueuse bronchique, la dilatation extrême de l'air qui n'offre à chaque mouvement respiratoire qu'une faible proportion d'oxygène, les déperditions sudorales qui augmentent l'épuisement, la tendance au dévoiement résultant de l'influence combinée

du climat, des miasmes, des digestions laborieuses, tout conspire contre le malheureux phtisique.

« C'est donc à tort que les médecins de La Réunion conseillent le séjour de l'Inde à leurs jeunes poitrinaires ; j'ai toujours été obligé de faire repartir dans le plus bref délai, ceux qui m'étaient adressés et qui perdaient en quelques jours passés à terre le bénéfice momentané qu'avait pu leur procurer le voyage sur mer ».

Si l'on ajoute enfin, le **béribéri**, endémique sur les côtes, la **dysenterie** et les « divers dévoiements », l'**anémie**, « trait caractéristique de la constitution de l'Indien », comme l'écrit ROUBAUD, et la **misère physiologique** des individus des basses classes, on a ainsi un assez fidèle aperçu de la pathologie hindoue qui apparaît extraordinairement chargée.

Et l'on comprend dès lors cette juste remarque du Docteur REYNAUD : « La ville de Saint-Denis (Réunion) est en relations commerciales avec l'Inde et l'Afrique par des bateaux ordinairement dépourvus de médecins et sur lesquels par conséquent, on ne prend aucune mesure de désinfection sérieuse. Par cette voie le choléra et la variole peuvent débarquer inopinément ».

V. — INDES NÉERLANDAISES.

L'Archipel Malais ferme, à l'Est, le Bassin Indien par son chapelet d'îles : Sumatra, Java, Bornéo, Célèbes, Timor, Les Mokuques et la Nouvelle Guinée.

Bien que les relations aient été relativement fréquentes, au XIX^e siècle, entre ces pays et La Réunion nous ne nous attarderons pas à l'étude de leur patho-

logie, nous contentant de signaler qu'elle est encore plus chargée, si possible, que celle du continent, comme le montrent les deux tableaux ci-joints de la morbidité et de la mortalité comparées.

Disons encore qu'elle est peuplée de Nègres (Négritos et Papouas) différents de ceux d'Afrique, de Battaks et de Malais dont la déplorable hygiène ne cède en rien à celle des Indiens.

VI. — INDOCHINE.

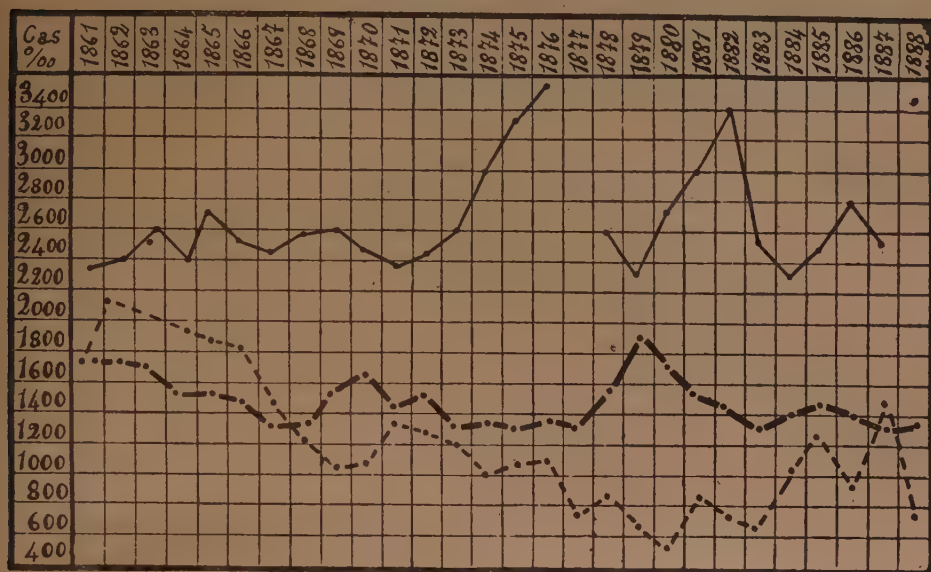
Outre les travailleurs annamites qui, d'ailleurs, ne restèrent pas longtemps à La Réunion, de nombreux compatriotes ont participé à la conquête du Tonkin, d'autres sont allés comme colons ou fonctionnaires en Cochinchine et sont revenus plus tard dans leur île natale. Il n'est donc pas inutile de jeter un rapide coup d'œil sur la géographie médicale de ce pays. .

L'Indochine est avant tout la patrie des affections du tube digestif. On est effrayé, quand on dépouille les vieux documents, de constater l'extraordinaire richesse de ce chapitre de la pathologie. Et si l'on tente de se faire soi-même une opinion, d'après les descriptions des anciens auteurs, on « patauge » littéralement dans les diarrhées et les dysenteries, aiguës, subaiguës, chroniques, infectieuses ou a frigore.

Nous avons pu, néanmoins, acquérir de la sorte la conviction qu'on y pouvait distinguer au moins quatre variétés de « flux de ventre » pour reprendre l'expression imagée de DUTROULAU :

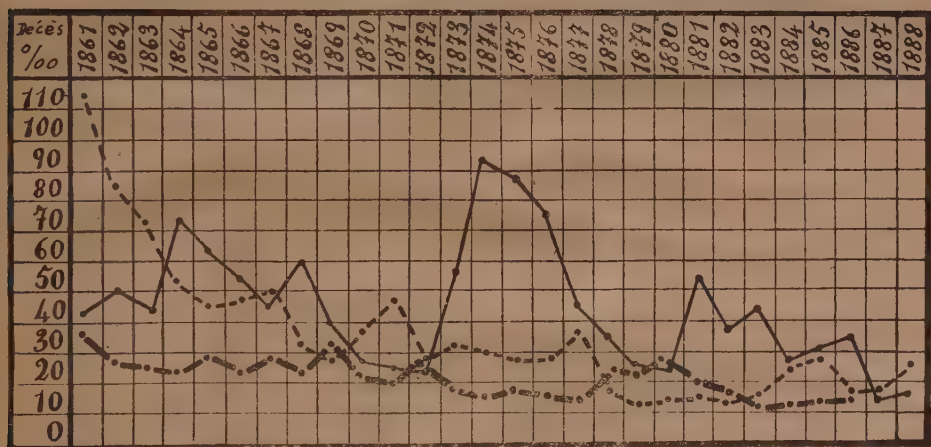
1) **La dysenterie bacillaire** y est fréquente. C'est la forme aiguë des anciens auteurs. Elle revêt souvent l'allure épidémique.

MORBIDITÉ COMPARÉE POUR 1000 D'EFFECTIF



— Indes Néerlandaises
 — Anglaises
 - - - Cochinchine

MORTALITÉ COMPARÉE POUR 1000 D'EFFECTIF



— Indes Néerlandaises
 — Anglaises
 - - - Cochinchine

d'après FONTAN ET BERTRAND

2) **La dysenterie amibienne** ne l'est pas moins. C'est la forme chronique des Anciens, s'accompagnant presque toujours de complications hépatiques et principalement d'hépatites suppurées.

3) **La diarrhée aiguë**, infectieuse ou toxi-infectieuse, n'épargne presque personne et, par l'irritation qu'elle entretient, prépare le champ à la précédente.

4) **La diarrhée chronique** ou sprue, la dernière venue, est liée, comme on le sait, à un trouble métabolique. Elle est moins fréquente que les formes précédentes mais ne saurait être négligée.

Il y faudrait enfin ajouter la **distomatose intestinale** très répandue au Tonkin.

Le choléra vient encore s'acharner sur le tube digestif. Il existe à l'état endémique dans le delta du Mékong et présente de fréquentes bouffées épidémiques.

Il eut été étonnant que la **fièvre typhoïde** ne vînt pas s'installer aussi dans un milieu aussi favorable. Elle n'existait pas à l'origine mais, si l'on en croit LEGRAND, elle y aurait été importée de Toulon en 1874 par les troupes françaises.

La variole se montre chaque hiver et GOUZIEN écrit à ce sujet : « Lorsqu'on arrive au Tonkin, l'on est frappé de voir le nombre considérable d'indigènes portant au visage l'empreinte cicatricielle de la petite vérole ».

La peste bubonique n'y est pas rare non plus, grâce au voisinage du Yunnan.

La rage y est assez répandue. Elle a été observée par de nombreux auteurs : LALLUYEAUX, TRUCY, LIEM, DEPASSE et MARCHOUX. Elle serait surtout fréquente dans les arrondissements de Ving-Long, Thudannot et Bentri où on la désigne du nom de cho-giai (chien fou) ou de Mad-dog en Anglais. SIBAUD l'a retrouvée

en Annam, GOUZIEN au Tonkin, BRINDEJONC DE TRÉGODÉ à Viet-Tri. D'après le Père GIROD, missionnaire, il y aurait eu plus de vingt décès par rage en 1890 dans la région de Hoang-Hoa.

Quant aux **maladies vénériennes**, elles sont extraordinairement répandues.

Le diagramme ci-joint donnant la moyenne des causes de décès pour cent permet de se faire une idée de la pathologie indochinoise.

VII. — LA CHINE.

Le Céleste Empire est aussi celui de la misère et de la malpropreté. Nous nous bornerons ici à citer quelques auteurs du siècle dernier, ce qui nous dispensera de passer en revue la pathologie de cet « Univers ».

a) Tien-Tsin.

« La population de Tien-Tsin, écrit FRIEDEL, est vraiment hideuse à voir. Nulle part ailleurs au monde on ne trouvera une réunion d'hommes plus sales, plus misérables, plus affligés de maladies et d'infirmités de toutes sortes. On ne rencontre que des malheureux dégüenillés couverts de gale. A marée basse les rives du fleuve fourmillent de mendiants qui cherchent quelques aliments au milieu des immondices charriées par les canaux et les égouts. On observe chaque jour les mutilations les plus affreuses, les plaies les plus sordides ; parfois, le matin, on rencontre des cadavres d'individus morts de misère ».

Les eaux sont toutes polluées, celles du Peiho sont « putrides ». Les Chinois, fort heureusement, ne la boivent que bouillie, grâce à l'usage du thé.

Les fièvres rémittentes ont une fréquence énorme.

L'ophtalmie purulente est commune. Voici ce qu'en dit FRIEDEL : « L'entropion est un accident fort commun, on peut l'expliquer par la pratique pernicieuse qu'ont les Chinois de se faire retourner les paupières par le barbier qui leur nettoie la tête. A l'aide d'un mauvais instrument il racle le bord libre des paupières et lave la conjonctive avec une brosse... »

La tuberculose n'y est pas rare : pulmonaire et hémoptoïque mais surtout ganglionnaire et ostéoarticulaire (« carie des vertèbres »).

Les maladies vénériennes y fleurissent plus que partout ailleurs, jusqu'aux fistules anales, séquelles de « pédérastie ».

b) Tche-Fou.

« Les mœurs sont déréglées au plus haut point. Les liens de famille n'existent pas : c'est à peine s'il se trouve dans la ville dix couples mariés. La prostitution est une industrie ouvertement et largement pratiquée... Dans plusieurs tavernes abjectes on fume l'opium clandestinement en compagnie de filles débauchées ».

Pas de dysenterie ici ni de fièvres. C'est un des points les plus salubres de la Chine. Cependant le choléra y fait son apparition.

c) Shanghai.

« Les rues sont étroites, mal entretenues, la plupart des égouts sont obstrués ; les bassins, qui entretenaient jadis la fraîcheur dans divers établissements publics, ne contiennent plus aujourd'hui qu'une eau croupie, verdâtre et puante ; il y en a même qui servent à des

sépultures clandestines. Du reste il n'est pas rare de rencontrer dans les rues de Shanghai, et même des Concessions, des cadavres qui y ont été déposés pendant la nuit par des parents qui veulent s'exonérer des frais, toujours considérables, d'un enterrement. »

Les fièvres rémittentes à forme typhoïde, la dysenterie, le choléra et la variole se voient fréquemment.

d) **Canton.**

C'est la ville riche. Aussi jouit-elle d'une propreté et d'une salubrité relatives.

Il n'y a que très peu d'épidémies et pourtant le paludisme, le choléra et la variole y sont endémiques. Les affections les plus fréquentes seraient les « conjonctivites ». Il faut noter encore la tuberculose pulmonaire et la scrofule.

L'opium, enfin, en est le principal fléau.

Réjouissons-nous, malgré tout, de ce que la grande majorité des Chinois de La Réunion soient précisément originaires de cette dernière ville qui apparaît un peu comme une oasis au milieu de cet empire dévasté.

CONCLUSION

Après cette rapide croisière de géographie médicale autour du bassin indien, la pathologie de ces contrées nous apparaît d'une effroyable richesse.

Il est certain, toutefois, que leur état sanitaire n'a pas cessé depuis le début du XX^e siècle de s'améliorer très sensiblement, mais la pathologie réunionnaise ne s'est pas élaborée à l'époque contemporaine. C'est donc bien sur les XVIII^e et XIX^e siècles qu'il nous fallait porter nos regards. Et l'on conviendra qu'il y avait bien là matière à une abondante moisson.

Retenons tout d'abord, l'ubiquité d'un *paludisme* particulièrement nocif, présentant toute la gamme de ses formes les plus graves et capable, comme dans l'Inde, d'acquérir soudain une force explosive insitée, donnant lieu à des épidémies aussi surprenantes que meurtrières.

Cette universalité des fièvres palustres a peut-être donné lieu parfois à des abus, mais s'il semble à première vue qu'il y ait eu à un certain moment une véritable psychose paludéenne, on ne saurait par contre, méconnaître l'extraordinaire puissance de cette endémie tropicale. Aussi ne sommes-nous pas d'accord avec le Docteur LE RAY qui écrit : « On a jusqu'à ce jour rangé toutes les affections des pays chauds dans une seule catégorie qui porte le terme générique de paludisme. A la suite d'une course au soleil ou d'un

refroidissement vous contractez un ou plusieurs accès de fièvre on diagnostique du paludisme ; une constipation plus ou moins opiniâtre amène une auto-intoxication qui s'accompagne de fièvre : c'est du paludisme ; dans un campement malpropre, tous les hommes ont la fièvre, on y voit du paludisme. Une dose de quinine absorbée mal à propos vous communique un léger état fébrile : paludisme ! Paludisme encore la fièvre bilieuse, la congestion du foie qui succède à une atteinte de dysenterie, l'hémoglobinurie, la bilieuse hématurique (1) etc... »

C'est ensuite *la dysenterie*, tant bacillaire qu'amibienne, fidèle compagne du paludisme, représentant après lui la seconde endémie tropicale. Ils réalisent souvent, d'ailleurs, une véritable association morbide, constituant chez le pauvre malade un cercle douloureux où il n'est pas toujours aisé de reconnaître celui qui a porté les premiers coups. C'est d'ailleurs, dans de telles associations que réside surtout le génie malfaisant de la malaria, car la main vengeresse du thérapeute ne sait plus où frapper exactement et le médecin, plus que partout ailleurs, doit aller à tâtons.

Viennent ensuite les grands fléaux : *peste, choléra, variole* et toutes les maladies exotiques : *dengue, spirochétoses récurrentes, kala-azar*.

C'est enfin le vaste groupe des affections cutanées, parasitaires et vénériennes, particulièrement fertiles

(1) A propos de ces erreurs ou inexactitudes de LE RAY nous croyons utile de signaler celles de CORRE. Fait curieux, ce maître de la médecine navale, qui compte pourtant de nombreuses sommités, n'a jamais manqué l'occasion d'émettre des idées, qui nous paraissent aujourd'hui les plus fausses sur la plupart des questions de pathologie exotique.

au soleil des tropiques *Éléphantiasis, lymphagites, filarioses, lèpre, ulcères phagédémiques, plaies* de toutes sortes.

Une mention spéciale pour la *tuberculose* qu'on retrouve là-bas, comme en Europe, dans les sociétés vieilles, aux Indes, en Chine et dans les harems de Zanzibar.

Et, en terminant, bien que le malheur des uns ne fasse pas le bonheur des autres, on ne peut que se réjouir de voir que la Trypanosomiase et le typhus amaryl soient inconnus dans notre bassin indien.

TROISIÈME PARTIE

PATHOLOGIE DE L'ILE
DE LA RÉUNION

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales

La salubrité de l'île de La Réunion a été longtemps légendaire dans tout l'Océan Indien. Bien avant sa colonisation, elle jouissait déjà de cette réputation, si l'on en croit BARQUISSAU qui écrit : « ... quelques marins y relâchent, d'abord accidentellement, puis parce que le climat acquiert la réputation de guérir merveilleusement les malades... »

Mais le premier document authentique est représenté par les précieuses pages qu'y a consacrées Etienne DE FLACOURT dans son *Histoire de la grande île de Madagascar* et qui traduisent son admiration pour Mascareigne d'où les mutins de Pronis sont revenus « sains et gaillards » après y avoir séjourné trois ans.

« Mascareigne, écrit FLACOURT, est l'île la plus saine qui soit au monde... Pendant ces trois années (de leur exil) ils n'ont pas eu le moindre accès de fièvre, douleurs de dents ni de testes, quoy qu'ils fussent

sans chemises, habits, chapeaux ni souliers, y aiant esté portez et laissez seulement, chacun, un meschant canneçon, un bonnet et une chemise de grosse toile ; et, comme ils croioient y rester toute leur vie, ils résolurent d'aller ainsi, afin d'espargner chacun ce canneçon et cette chemise pour s'en servir, estans ou malades ou blessez. Quelques-uns d'entre eux y allèrent malades qui, incontinent après, recouvrèrent leur santé.

« Les estangs et rivières fourmillent de poissons ; il n'i a ni serpens, ni insectes facheuses, ni mousquites picquantes... L'air y est très sain et quoy qu'il y doive estre très chaud il y est tempéré par des vents frais qui viennent, le jour de la mer et la nuit de la montagne. Ce serait avec juste raison que l'on pourrait appeler cette isle un paradis terrestre. »

Et dès lors, FLACOURT envisageait de faire de Bourbon une « infirmerie » pour les colons de Madagascar, décimés par la fièvre et la dysenterie.

Les navigateurs du XVII^e siècle lui donnèrent de même les noms d'*Eden* et de *Perle de la mer des Indes*, traduisant ainsi leur admiration.

Pendant près de deux siècles, Bourbon jouit de cette renommée, d'autant plus merveilleuse que les pays avoisinants étaient, au contraire, réputés pour leur insalubrité et leur inhospitalité pour les Européens.

Mais voici qu'à partir de 1865, le tableau change. Dans l'espace d'une dizaine d'années à peine, des épidémies de toutes sortes s'abattent sur la Colonie. C'est d'abord la malaria qui fait de nombreuses victimes ; c'est ensuite la dengue, puis la fièvre à rechutes ou spirochétose récurrente ; c'est enfin, toute une collection d'affections parasitaires telles que l'éléphantiasis, l'hématurie chyleuse, la « lymphite » et, d'une façon générale, les atteintes du système lymphatique.

Et l'on ne peut qu'être frappé du rapport qu'il semble y avoir entre l'apparition de tous ces fléaux et le progrès de l'immigration, et tout particulièrement de l'immigration indienne.

On a vu, d'ailleurs, comment COTHOLENDY et REYNAUD, avaient à plusieurs reprises attiré l'attention des autorités locales sur le perpétuel danger que courait la Colonie.

Une police sanitaire maritime avait bien été instituée avec des quarantaines systématiques mais celles-ci se montrèrent souvent inefficaces car elles étaient le plus souvent incomplètes et mal comprises. Les immigrants étaient bien mis en quarantaine au lazaret de la Grande Chaloupe mais l'équipage était admis à descendre à terre ; les diverses commissions, dites sanitaires, montaient à bord et passaient en revue la cargaison, hommes et marchandises, puis s'en retournaient en ville ; les marchandises étaient même débarquées directement, l'homme étant alors considéré comme le seul être dangereux ; la désinfection était inexistante.

Voici un passage où REYNAUD raconte son arrivée à La Réunion et qui illustre tout ce que nous venons d'écrire : « Le 31 janvier 1887 nous arrivons en rade, de Saint-Denis sur le paquebot « Le Sydney » des Messageries Maritimes. Nous avons eu un cas de rougeole pendant la traversée et, à notre arrivée sur rade, un second cas s'était déclaré. Après délibération du conseil sanitaire, on nous infligea quinze jours de quarantaine à dater du jour de notre internement au Lazaret de la Grande Chaloupe. A notre débarquement (qui fut fort mouvementé) sur le warf, un douanier, armé d'une bouteille d'eau phéniquée, nous aspergeait comme on le fait avec de l'eau bénite à l'église. Et nous pas-

sions, nous étions désinfectés !... Je ne sais pas, poursuit REYNAUD, comment la rougeole est entrée à Saint-Denis, ou si elle existait déjà à l'état sporadique dans quelque partie de l'île, mais une épidémie éclata quelque temps après notre arrivée, fit le tour complet de l'île avec un caractère de gravité inusité et passa ensuite à Maurice ».

Cette police sanitaire réunionnaise était, par ailleurs, une cause d'inquiétude et de terreur pour la plupart des médecins de l'Océan Indien. C'est ainsi que le Docteur CARTIER, de Diego-Suarez, s'inquiète des progrès de la variole qui, dit-il, « crée pour Diego-Suarez une menace constante d'épidémie dont l'effet immédiat serait de nous fermer l'accès de La Réunion ».

Le Docteur GUIOL, de Nossi-Bé, parle de « La Réunion et Maurice dont les règlements sanitaires draconiens sont devenus légendaires dans la Marine », REYNAUD lui-même ne raconte son arrivée à La Réunion, que pour critiquer le système des quarantaines qui, d'après lui, ne riment à rien.

Et pourtant, malgré ses imperfections et les attaques auxquelles elle a donné prise, il faut bien reconnaître qu'à défaut de désinfection, la simple quarantaine systématique nous a tout de même préservés de la variole et du choléra et ce n'est pas un moindre mérite !

Les événements, d'ailleurs, ont suffisamment montré son efficacité puisque, pour l'avoir méconnue vis-à-vis des Mauriciens, on a laissé le paludisme s'installer dans l'île, comme nous allons le voir.

Mais avant de terminer ces quelques considérations nous tenons à citer le Docteur BROSSIER qui, lors de l'expédition de Madagascar, écrivait en 1896 :

« Bien qu'ayant perdu en partie son antique renom de salubrité depuis l'apparition du paludisme sur le littoral, les hauteurs n'en restent pas moins absolument indemnes...

« Vers 300 à 400 mètres (d'altitude) la fièvre ne s'y rencontre pas encore. Sur le littoral, les Européens n'éprouvent que des accidents légers et rares de paludisme.

« On peut donc dire que La Réunion est un sanatorium de la plus haute importance. C'est du reste par centaines que les Mauriciens, moins favorisés dans leur île, viennent chaque année demander la santé au climat réparateur des hauts plateaux de La Réunion ».

CHAPITRE DEUXIÈME

L'ère épidémique

I. — LE PALUDISME.

Comme partout ailleurs dans l'Océan Indien, le paludisme domine toute la pathologie réunionnaise. C'est la grande nuisance par excellence. Il existe à peu près partout sur le littoral et si ses manifestations ne sont généralement pas aussi pernicieuses qu'ailleurs, nul n'en est, cependant, à l'abri.

Or, cette maladie n'a pas toujours existé à La Réunion. Son apparition marque réellement une date dans les annales médicales de la Colonie. Elle ouvre, en effet, une période douloureuse d'une vingtaine d'années pendant lesquelles la pathologie réunionnaise atteint un tel degré d'acuité qu'on a peine à la reconnaître aujourd'hui. Aussi la prendrons-nous comme point de repère au cours de cette étude.

Pour avoir une claire notion de ce que fut son explosion brutale à La Réunion en 1869, il convient d'observer, au préalable, ce qui se passa deux ans plus tôt à l'île Maurice, sa voisine, ancienne île de France, qui était alors une véritable colonie indienne, littéralement « farcie » de malabars.

Voici ce qu'en dit le Docteur PELLEREAU :

« Avant l'année néfaste de 1866, le choléra et la variole avaient seuls, à des époques éloignées, visité ce pays dont les habitants jouissaient alors d'une immunité presque complète contre les diverses maladies qui, dans l'Inde, sur la Côte d'Afrique, à Madagascar et dans les régions intertropicales, décimaient les populations. A partir de 1866 la scène change et, à cette longue immunité, succède une période douloureuse qui, à l'heure où nous écrivons ces lignes, menace de ne jamais se terminer. Les fièvres telluriques ou paludéennes, à peine connues jusque là dans l'île, y apparaissent sous forme épidémique et, par leur intensité aussi bien que par un manque déplorable de quinine, y causent d'affreux ravages ».

Et PELLEREAU, recherchant l'origine de cette épidémie, nous fournit d'intéressants renseignements. Pour lui, l'affection n'a pas été importée. Elle existait antérieurement à Maurice car il a retrouvé sur les registres de l'hôpital civil de Port-Louis, remontant jusqu'à l'année 1820, des diagnostics qui ne permettent pas le doute, comme ceux de : *febris continuus communis*, *febris biliosus*, *febris remittens*. Mais elle était alors peu répandue et bénigne, contrairement à ce qui se passait ailleurs, et Maurice jouissait d'une enviable réputation de salubrité.

« Cependant, écrit PELLEREAU, malgré cette salubrité, sous les dehors de ce merveilleux climat, notre

sol renfermait déjà depuis longtemps les germes de la maladie qui nous décime aujourd'hui... On est frappé de cette particularité singulière, que le paludisme s'y développa peu à peu jusqu'au jour où, sous l'influence de diverses causes combinées, il prit de très grandes proportions et bouleversa la pathologie de fond en comble. Elles offrent donc, sous ce rapport au praticien une source féconde d'observations et d'inépuisables richesses. Comment les fièvres palustres, déjà existantes, mais à un degré de bénignité remarquable y sont-elles devenues épidémiques ? »

Nous avons tenu à citer largement PELLEREAU car les mêmes constatations ont été faites à La Réunion et nous verrons que les auteurs qui en parlent emploient exactement les mêmes termes.

Et pour donner une idée de ce que fut la mortalité pendant cette épidémie de Maurice, voici quelques chiffres fournis par ROUBAUD, médecin à bord d'un convoi d'immigrants indiens à destination de Pointe-à-Pitre et qui, bien malgré lui, a séjourné une semaine en rade de Port-Louis :

30 mars 1867	159 décès
31 mars	161 »
1 ^{er} avril	181 »
2 avril	186 »
3 avril	173 »
4 avril	231 »

Disons encore que tous les auteurs ne sont pas de l'avis de PELLEREAU et qu'il en est qui pensent, tout comme le peuple, que le paludisme a été importé à Maurice par les coolies indiens. Voici, entre autres, ce que dit CLOAGUEN : « Cette colonie anglaise ignore le paludisme pendant longtemps. Brusquement en 1865, à la suite d'une immigration indienne venant

de Bombay ou de Calcutta sur le navire *Eastern-Empire*, une terrible épidémie de malaria s'abattit sur l'île... (40.000 décès en un an sur une population totale de 360.000) ».

Or, c'est par centaines que convalescents et fuyards venaient se réfugier à l'île sœur.

Justement inquiet de cet état de choses, le Gouverneur de La Réunion chargea le Docteur BORIUS d'étudier cette épidémie qui décimait nos voisins, en vue de mesures sanitaires éventuelles. Voici les conclusions de BORIUS, scientifiquement exactes mais qui se sont, une fois de plus, trouvées en défaut :

« Si les fièvres de Maurice sont réellement d'origine palustre, l'île de La Réunion n'a pas à craindre de voir l'épidémie être importée chez elle ».

Mais il ajoutait : « Cependant, malgré la réputation de salubrité dont jouit notre Colonie, le malheur qui frappe l'île sœur pourrait, par un concours de circonstances analogues, survenir dans notre île ». Paroles étrangement prophétiques, certes, puisque l'année suivante une épidémie en tous points semblable, éclatait brutalement à La Réunion.

Voici ce qu'en dit DELTEIL : « En dehors des maladies communes à toutes les régions chaudes telles que : anémie, dysenteries, maladies du foie, etc..., une autre affection, la fièvre intermittente paludéenne ou tellurique a fait brusquement son apparition à La Réunion au mois de mars 1869. Comment cette fièvre a-t-elle pu se développer dans un pays où elle était à peu près inconnue depuis deux cents ans qu'un centre de population s'y était formé ? Supposons en premier lieu, poursuit-il, que les germes de la fièvre aient été introduits de l'extérieur, cette importation se serait donc opérée par l'intermédiaire de pas-

sagers venant de l'île Maurice, car la même fièvre qui infeste aujourd'hui La Réunion s'était déclarée à Maurice quelques années auparavant. Comment s'expliquer alors que la fièvre n'ait pas été apportée, depuis deux siècles, par les Français établis à Madagascar, à Nossi-Bé et à Mayotte qui, atteints de fièvres rebelles dans ces régions malsaines venaient, de temps immémorial, demander au climat si salubre de Bourbon une guérison à leurs maux ? Leur séjour prolongé dans les villes du littoral aurait dû avoir pour conséquence d'y déposer les germes de leur maladie. Cependant on n'avait point remarqué, jusqu'en 1869, que l'état sanitaire de la Colonie s'en fut ressenti. Et puis, il se serait passé à l'égard de l'importation de la fièvre par Maurice, ce fait très curieux : c'est que la fièvre a éclaté pour la première fois à La Réunion dans des localités où jamais Mauricien n'avait mis les pieds, tandis que Saint-Denis, où ils affluaient à l'arrivée de chaque paquebot, n'a été envahie par la fièvre que tout à fait en dernier lieu quand déjà les autres parties de l'île étaient atteintes depuis longtemps ».

Cette très intéressante citation, renferme, à elle seule, toutes les données, moins une, d'une vaste discussion sur la genèse du paludisme à La Réunion. Il y manque, en effet, l'importante, l'essentielle question du moustique. Aussi nous y arrêterons-nous un moment avant d'aborder l'étude de cette épidémie.

En dépouillant les nombreux documents qui s'y rapportent nous avons pu constater que tous les auteurs n'avaient pas manqué de signaler, fort justement, d'ailleurs, toutes les causes qui leur paraissaient favorables, comme les terrains marécageux, les grands travaux et, particulièrement les terrassements et les curages d'égouts, les terres en friches, la présence

d'algues prétendues fébrigènes (1), la misère physiologique et même celles qui n'apparaissent que comme de troublantes coïncidences. Or, parmi toutes ces conditions, « concours de circonstances favorables », causes prédisposantes... etc, nous n'avons pas cessé d'être très étonné de ne pas voir figurer les moustiques. Leur rôle, certes, était encore inconnu, mais n'auraient-ils pas pu être cités, ne fut-ce que comme « coïncidence » ?

Or, il n'en est fait mention nulle part. De deux choses l'une, ou bien nos auteurs ont négligé d'en faire état, estimant, quant à eux, qu'il n'y avait aucun rapport entre ces insectes et l'épidémie — ce qui serait assez étonnant, vu la précision de leurs observations — ou bien les moustiques sont réellement passés inaperçus parce que relativement peu nombreux et d'importation récente. Jusque là, en effet FLACOURT est le seul auteur qui en ait parlé et ce fut pour dire qu'il n'y en avait point. « Il n'y a ni serpens, ni insectes facheuses, ni mousquites picquantes ». Or, en 1887, alors que le moustique était toujours dans le plus parfait oubli, le Docteur REYNAUD rapporte tout à coup que pendant son internement au Lazaret de la Grande Chaloupe, il a été « dévoré par les moustiques ». Ce lieu étant précisément le premier point de contact des transports d'immigrants avec la Colonie, ne serait-on pas autorisé à penser qu'il s'agissait alors d'une importation relativement récente ?

(1) Parmi les nombreuses théories parasitaires qui ont été émises au sujet de la Malaria, nous avons été intéressé par celle d'un certain Docteur LEDIBERDER, cité par BARAT, mais dont nous n'avons malheureusement pas retrouvé les traces et qui attribue la fièvre paludéenne à « l'Introduction dans le sang des ovules d'animalcules analogues à ceux de la famille des éphémères », et à leur évolution consécutive. Ne serait-ce pas, en effet, un génial précurseur de LAVERAN ?

Abordons maintenant l'étude de cette épidémie qui éclata en février-mars 1869. De Sainte-Suzanne et Saint-André où furent observés les premiers cas, la maladie se répandit dans toute l'île, faisant de nombreuses victimes. La nature de cette fièvre endémo-épidémique (BASSIGNOT), épidémique (BARAT) ne fait aucun doute. Il s'agit, écrit BARAT, d'« une fièvre de marais, compliquée de syndromes gastriques ou bilieux ». BASSIGNOT et DELTEIL, lui donnent le nom moderne de fièvre paludéenne. Le Docteur GAUBÉ, de l'Hôpital Colonial de Saint-Denis, en a donné une magistrale description qui ne cède en rien à celles des plus purs classiques avec les trois phases de frissons, chaleur et sudation.

Mais le désaccord est complet quant à l'apparition réelle de cette maladie dans la Colonie. Pour les uns, dont BARAT, BASSIGNOT, VINSON, NOURY et AZÉMA, le paludisme n'existait pas à La Réunion avant 1868. Pour les autres, dont ARLO et LE ROY DE MÉRICOURT, il aurait existé antérieurement. ARLO déclare même qu'il aurait existé de tout temps mais ce n'était pas un contemporain ; LE ROY DE MÉRICOURT affirme seulement avoir rencontré et soigné des cas de fièvres intermittentes avec accès pernicieux à Saint-Paul en 1850.

Aucun d'eux, cependant, bien que reconnaissant la soudaineté de cette attaque, n'admet la théorie populaire de son importation de Maurice, comme le mentionne BARAT : « Une opinion répandue dans le public, et même acceptée par quelques médecins est celle de l'importation directe de la maladie par les coolies venus de l'Inde qui l'auraient donnée à Maurice d'où elle aurait été transmise à La Réunion ;

d'après cette opinion nous aurions la fièvre de Maurice ».

L'importation est niée par d'autres, tel le Docteur MICHEL, de Saint-Benoît, qui écrit : « La fièvre endémo-épidémique actuelle n'étant certainement pas contagieuse et n'étant pas infectieuse par elle-même puisqu'elle naît d'une infection miasmatique qu'elle ne reproduit pas, ne peut avoir été importée dans la Colonie. Tel encore le Docteur REYNAUD qui déclare : « Nous ne pensons pas devoir nous arrêter un seul instant à cette opinion très répandue dans un public trop chauvin qui veut que la malaria ait été importée par les Indiens immigrants ».

Et tous de rechercher localement les causes possibles de l'épidémie. C'est ainsi que BARAT s'indigne presque de l'incrédulité de ses contemporains : « Jusqu'à ce jour on n'avait rien prévu, on n'avait rien fait pour préserver La Réunion de la fièvre de marais ; il était admis dans la science que l'impaludisme était inconnu dans cette île heureuse, que ses marais n'étaient pas des marais et que la fièvre ne pouvait pas y prendre naissance ».

On invoque tour à tour la sécheresse, particulièrement grave cette année-là, les pluies de l'année précédente et jusqu'au cyclone de 1868 qui dévasta Maurice et La Réunion, aggravant d'autant la misère du petit peuple. A ce propos, nous nous sommes souvent demandé s'il ne serait pas possible à un cyclone de transporter quelques essaims de moustiques d'une île dans une autre mais nous avouons n'avoir trouvé aucun appui sérieux à notre hypothèse. Seul BASSIGNOT se rapprocherait un peu de nous car il pense que l'atmosphère serait responsable de l'épidémie « en transportant, dit-il, la cause effective de la malaria, miasme orga-

nique ou inorganique, animalcule ou végétal, inconnue que personne n'a encore pu mettre en évidence ».

En définitive, ils arrivent, exactement comme PELLEREAU à Maurice, à la conclusion suivante : le paludisme existait depuis longtemps à La Réunion, il s'y est progressivement aggravé jusqu'au jour où, sous l'influence de causes favorisantes mal déterminées, il éclata sous la forme épidémique.

Que penser de tout cela ?

Tout d'abord, comme l'a si justement entrevu DELTEIL, il paraîtrait bien invraisemblable que le paludisme fût inconnu à La Réunion avant cette terrible épidémie de 1869. Véritable « infirmerie » pour les colons de Fort-Dauphin, l'île de La Réunion devint rapidement le refuge des rescapés du massacre de 1874. De même les relations étaient fréquentes et étroites, on l'a vu, avec Sainte-Marie de Madagascar, Nossi-Bé, Mayotte et la Côte Malgache où le paludisme sévit en maître. De même encore pour les esclaves malgaches et les Cafres de Mozambique. Peu de chances donc que ces premiers immigrants aient été indemnes à leur arrivée dans la Colonie. Logiquement donc la « graine » a dû être introduite très tôt à Bourbon où des cas de fièvre paludéenne se sont sans doute manifestés chez ces individus porteurs d'hématozoaires. Serait-ce chez eux que LE ROY DE MÉRICOURT aurait observé des accès pernicioeux en 1850 ? Ce n'est pas impossible, bien que nous n'en ayons aucune preuve,

Mais DELTEIL, ne l'oublions pas, note que « leur séjour prolongé dans les villes du littoral aurait dû avoir pour conséquence d'y déposer les germes de leur maladie. Cependant, prend-il soin d'ajouter, on

n'avait point remarqué, jusqu'en 1869, que l'état sanitaire de la Colonie s'en fut ressenti ».

Il semble donc bien que le « terrain » n'ait pas été favorable jusque là au paludisme. Et pourtant, nous avions déjà nos étangs, nos terres en friches voisinant avec celles en cultures, les habitants vivaient tous sur le littoral, « le long de l'Étang », nous dit LECONTE DE LISLE, Saint-Paul, aujourd'hui Malaria-ville, était alors florissante. Que s'est-il donc passé en 1869 ? On comprend aisément, aujourd'hui que nous possédons des données supplémentaires, l'embarras des contemporains au sujet de cette épidémie. Le peuple avec son bon sens habituel, a de suite accusé les immigrants, les médecins, bridés par des considérations scientifiques qui ne leur permettaient pas de conclure à l'importation, se sont efforcés de rechercher des causes locales. Mais, de toute évidence, il y eut là un fait nouveau, voire même plusieurs faits nouveaux.

Au point de vue local, tout d'abord, il faut tenir compte, comme le fait d'ailleurs, ARLO, des progrès de l'immigration qui a amené la formation d'un « terrain » nouveau beaucoup plus « fébriphile » si l'on ose dire. Il y avait, en effet, vers l'année 1869 plus de 100.000 travailleurs étrangers à La Réunion, des Indiens en grande majorité.

Sur le plan général, il y a lieu de tenir compte de la tendance épidémique du paludisme aux Indes, de la trainée qui a atteint Maurice en 1866-67, Cape-Town en 1867 et enfin La Réunion en 1869.

Quant à la genèse même de l'épidémie, la théorie de l'importation nous paraît la plus vraisemblable, mais elle se complique encore par le fait que nous sommes en présence de deux facteurs : le virus et l'insecte vecteur.

Y avait-il des anophèles à La Réunion avant 1869 ou bien ont-ils été introduits à ce moment-là ? Toute la question est là. Or, il n'est pas dérisoire d'imaginer qu'à la suite de l'épidémie de Maurice, les moustiques aient atteint un tel développement qu'ils aient manifesté une puissance d'envahissement accrue qui leur aurait permis d'infester l'île voisine. Ils y seraient parvenus soit par les paquebots qui nous portaient, en même temps, de nombreux convalescents soit encore, dans la mesure où cela est possible, par un cyclone.

Contre l'importation, DELTEIL, cite le fait que l'épidémie n'a pas débuté à Saint-Denis où les Mauriciens « affluaient à chaque paquebot » mais dans les « localités où jamais Mauricien n'avait mis les pieds ». Or la chose est tout à fait normale puisque, comme le dit d'ailleurs MICHEL, la maladie n'est pas contagieuse ni infectieuse. Rien d'étonnant donc à ce qu'elle ne se soit pas montrée à Saint-Denis, faute de moustiques, mais elle éclatera sous la plus belle forme épidémique lorsque nos Mauriciens se rendant à Salazie, rencontreront à Sainte-Suzanne et à Saint-André les insectes vecteurs.

Et précisément, aujourd'hui encore, il n'y a que fort peu de moustiques à Saint-Denis, alors qu'ils pullulent à Sainte-Marie, Sainte-Suzanne, Quartier-Français, Bois-Rouge et Saint-André.

Quant au virus, son importation ou sa « super-importation » ne fait aucun doute ici. C'est, nous a-t-on dit, par centaines que les Mauriciens « affluaient » à La Réunion où ils venaient raffermir leurs antécédentes compromises. On ne peut nier qu'il y ait eu là un apport massif de réservoirs de virus.

On peut même aller plus loin dans cette voie et imaginer, par exemple, que ces immigrants nous ont

apporté non seulement un virus, mais encore le virus le plus nocif, le *plasmodium falciparum*, particulièrement malin et capable, sans doute, d'évoluer sous la forme épidémique.

Les mêmes conditions ont dû être réalisées deux ans plus tôt à Maurice par les immigrants indiens dont l'île est littéralement infestée.

Telle nous paraît avoir été l'origine de cette terrible épidémie de 1869, d'autant plus grave que de ce jour le paludisme s'est installé à l'état endémique à La Réunion. Aussi comprendra-t-on que nous nous soyons attardé à la recherche de ses titres de noblesse, pourrait-on dire.

Sa répartition géographique est heureusement limitée au littoral, comme l'a déjà fait remarquer BROSSIER. Tous les points de la côte, cependant, ne sont pas également atteints. Saint-Paul est, sans contredit, la capitale de la Malaria, qui l'a pour ainsi dire rayée de la carte de La Réunion. Puis viennent, dans l'ordre décroissant, Sainte-Marie, Sainte-Suzanne, le Quartier Français, Saint-André, Saint-Joseph, Saint-Pierre et Saint-Louis ; Saint-Denis, sans être toutefois indemne, a toujours été relativement épargné.

Voici, à titre documentaire, les résultats de l'enquête antipalustre pratiquée en 1926 auprès des enfants des écoles de quelques localités de l'île (1).

Ils sont bien le reflet de la réalité. C'est ainsi par exemple, qu'on voit les index splénique et hématologique (avec un certain décalage, cependant), baisser quand l'altitude s'élève tant soit peu. Il est vraiment regrettable que cette enquête ait porté sur un nombre d'enfants extraordinairement réduit.

(1) In thèse PATON Montpellier 1943.

Quant aux formes cliniques, elles sont toutes représentées. Dans les formes intermittentes, le plus fréquent est le type tierce, puis vient le type quotidien.

Localités	Enfants examinés	Altitude (1)	Index splénique	Index hématolo- gique
St-Paul (Etang)	16	0	93,75 %	53,15 %
Saint-Paul (Ville)	43	0	74,42 %	41,86 %
Canton de St-Paul — Bois de Nêfles	31	250	6,45 %	
Saint-Gilles	146	250	10,27 %	1,04 %
Saline	133	400	0,75 %	0
Trois-Bassins	285	800	1,15 %	0
Saint-Philippe	45	0	77,76 %	35,45 %
Saint-Louis	59	0	57,62 %	18,36 %
Saint-Denis	395	0	52,07 %	18,40 % (2)
Saint-Joseph	34	0	50 %	38,23 %
Quartier-Français	54	50	37,08 %	10,74 %
Port-de-Galets	111	0	33,33 %	14 %
Sainte-Marie		50	30,46 %	7,94 %
Salazie	101	400	1,98 %	0
Hell-Bourg	149	500	0	0

Les formes rémittentes appartiennent généralement aux formes graves, avec le plus souvent, complications gastro-hépatiques. C'est le classique « accès bi-

(1) Chiffres grossièrement approximatifs.

(2) Saint-Denis n'est pas impaludé à ce point mais les écoles et collèges drainent vers la Capitale de nombreux enfants des « quartiers » (Provinces).

lieux » de La Réunion, qu'il ne faut pas confondre avec la bilieuse hémoglobinurique. Celle-ci se rencontre surtout dans les régions surinfestées comme à Saint-Paul par exemple. L'accès pernicieux n'y est pas rare non plus.

Mais si l'on excepte les points particulièrement malsains où ces formes graves se voient fréquemment, partout ailleurs le génie malfaisant de la malaria réside surtout dans son intrication avec toutes les autres affections. Le paludisme forme, en effet, une sorte de grisaille où s'estompent les symptômes de ces dernières. Aussi le geste est-il instinctif chez nous, au lit d'un fébricitant qui ne fait pas « sa preuve » d'injecter toujours et quand même l'universel sulfate de quinine ou ses dérivés, quitte à rectifier la position dans les jours qui suivent.

Un autre effet néfaste du paludisme, indirect mais non moins réel, découle de l'insouciance même des Réunionnais à son égard. Si le péril palustre saute aux yeux de l'Européen et du Créole cultivé, il ne semble pas inquiéter le peuple qui s'obstine à ne voir en lui qu'un moindre mal. Or, c'est un véritable fléau non seulement par ses manifestations directes mais aussi par ses répercussions sur la race elle-même qui en est menacée. Nous n'en voulons pour preuve que la mortalité infantile épouvantablement élevée, la faible robusticité des adultes, les splénomégalias, les anémies, la relative brièveté de la vie que, par une certaine exagération, on tend généralement à mettre au compte du rhum blanc de Bourbon !

Fort heureusement, le paludisme reste l'apanage du littoral. Très rare à 300 mètres, il devient exceptionnel à 600 mètres d'altitude. Il est toujours possible, néanmoins, de se contaminer « dans les bas »

et de réaliser ensuite des accès palustres sur les hauteurs, en sorte que sa stricte localisation est un peu théorique. L'apparition de la « fièvre » dans les campagnes n'a jamais manqué chaque fois que de grands travaux ont attiré les hommes sur le littoral. Nous avons encore le souvenir des Cafres de Bellemène, par exemple, qui, alléchés par les hautes payes du « C.P.R. » (1) allaient contracter la malaria à la Pointe-des-Galets. Bien plus, nos espiègleries de collégien nous ont révélé, avant l'heure, et la notion d'incubation et l'efficacité de la quinine. Pensionnaire au Lycée Leconte de Lisle, nous rentrions à la Capitale, toujours à la dernière minute les lendemains de congés par le premier train du matin. Or, il nous arrivait parfois, plus ou moins involontairement, de « manquer » le train et les quelques heures d'arrêt à Saint-Paul suffisaient pour que survint huit jours plus tard un superbe accès de paludisme qui n'était évité que moyennant la quininisation préventive. On comprend dès lors que nous nous soyons élevé précédemment contre la déplorable habitude qui consiste à faire « descendre en ville » les saines populations des hauteurs. C'est précisément le contraire qu'il faudrait réaliser, et quoique on en pense, cela n'est pas impossible à La Réunion !

Nous terminerons, néanmoins, sur une note optimiste en précisant qu'une bonne hygiène, l'usage de la moustiquaire, une organisation judicieuse des vacances et changements d'air dans la saison des pluies, la quininisation préventive enfin, suffisent le plus souvent à vous mettre à l'abri des atteintes du

(1) Chémins de Fer et Port de la Réunion.

paludisme. Il en est tellement ainsi que les Européens qui observent en général scrupuleusement cette ligne de conduite, sont, à la Réunion, aussi rarement malades que dans la Métropole.

II. — LA SPIROCHÉTOSE RÉCURRENTÉ.

(Relapsing fever — Typhus récurrent)

Le 7 mars 1865 une épidémie de « fièvre à rechutes » éclatait à La Rivière Dumas sur la propriété Adam de Villiers. Presque en même temps d'autres foyers étaient signalés à Saint-Benoît, au Bernica et aux Trois-Bassins où les Docteurs GAUBÉ et HUBAC essayaient en vain les sels de quinine.

« C'est, écrit le Docteur BOUVET, une maladie nouvelle pour ce pays, sévissant sur les travailleurs noirs des différents établissements agricoles de la Colonie ».

L'affection prenant des proportions inquiétantes, le Docteur MAC-AULIFFE fut envoyé sur les lieux. La maladie avait débuté en janvier et, sur un effectif de 600 Indiens plus de cinquante étaient déjà morts. Le tableau clinique était le suivant : céphalées, vertiges, douleurs lombaires et articulaires, fièvre et adynamie précoce ;

— Ictère ;

— Albuminurie ;

— Délire puis coma.

Au bout de 36 ou 48 heures, l'apyrexie était complète. Mais le lendemain ou le surlendemain la fièvre s'allumait de nouveau pour 4 ou 5 jours. Une deuxième rechute s'observait parfois.

Si le malade ne succombait pas, il entraînait alors en

convalescence. Celle-ci était longue et pénible. Il apparut, en effet, rapidement que la morbidité était plus importante que la mortalité.

Par ailleurs, l'affection se montrait des plus contagieuses. Au « camp » elle progressait impitoyablement de « case » en « case », à l'hôpital elle passait d'un lit à l'autre. Le personnel soignant n'était pas épargné. C'est ainsi que M. Adam de Villiers, frère du propriétaire, contracta un des premiers la maladie. Plusieurs infirmiers furent frappés à leur tour. Le sulfate de quinine restait sans action.

En recherchant l'origine de cette épidémie, on s'aperçut que cette maladie était fort bien connue à Maurice où elle était apparue dès 1839 et désignée du nom de *fièvre de Bombay*. D'après le Docteur BARRAULT, toute introduction d'immigrants venant de Bombay déterminait une nouvelle importation. C'est ainsi que des bouffées épidémiques s'étaient produites en 1844, 1851, 1854, 1860, 1862 et la dernière en 1864.

A La Réunion même, l'affection ne paraît pas avoir été inconnue jusque là si l'on en croit MAC-AULIFFE qui écrit : « Tout en étant convaincu d'une récente introduction de la fièvre à rechutes par les immigrants indiens de l'*Eastern-Empire*, je ne suis point éloigné de croire qu'à La Réunion comme à Maurice cette fièvre existait déjà depuis plusieurs années. Cette opinion est partagée par des praticiens recommandables du pays et des cas d'ictère grave avaient été observés à Saint-Benoît, à Saint-Pierre et à Saint-Leu bien antérieurement à l'arrivée (de ce) convoi ».

Enfin aux Indes même, où la fièvre de Bombay est commune, le Docteur BOUVET rapporte qu'une épidémie aurait, en effet, sévi à Calcutta à la suite de l'inondation de 1864.

Il ne restait plus qu'à trouver l'importateur. Or, les faits, ici, sont patents.

Le 25 décembre 1864, le navire anglais « Eastern-Empire », parti de Calcutta le 15 novembre, arrive en rade de Saint-Denis ayant à bord un convoi d'immigrants. Bien que la patente de santé fût nette (« il n'existe à Calcutta aucune maladie épidémique ou contagieuse et les pays environnants sont sains », disait le Consul de France) et malgré l'avis du médecin sanitaire COQUEREL (« la santé des immigrants est bonne. Dix d'entre eux sont convalescents de diarrhée, fièvre ou dysenterie. Il ne règne à bord aucune maladie épidémique. Il est mort pendant la traversée sept immigrants de diarrhée et d'anémie »), le convoi fut dirigé sur le Lazaret de la Grande Chaloupe pour y purger une quarantaine systématique de dix jours car on craignait le choléra qui, en novembre, existe à l'état endémique à Calcutta.

C'est le Docteur MAC-AULIFFE lui-même qui s'en occupa. Contrairement à ce qu'annonçait la patente de santé, il se trouvait parmi les immigrants des fébricitants étiquetés « paludéens » par le médecin du bord.

MAC-AULIFFE les soigna comme tels.

Le 27 décembre, 12 fébricitants sont dirigés sur l'hôpital Colonial de Saint-Denis.

Le 7 janvier 1865, les autres immigrants sont répartis dans la Colonie, entre autres chez Adam de Villiers et Champierre de Villeneuve.

Dès le 10 janvier, les fébricitants de l'Eastern-Empire sont quarante à l'hôpital colonial et ont déjà donné quinze décès.

Du 10 janvier au 20 février : 26 nouveaux immigrants entrent à l'hôpital donnant 4 décès.

Du 18 janvier au 20 février : 33 Indiens déjà acclimatés mais ayant vécu quelques jours au contact des nouveaux venus entrent à leur tour à l'hôpital : 10 décès.

A partir du 18 janvier également, douze infirmiers du Lazaret sont atteints.

Du 20 février au 7 mars, 17 Indiens meurent avant de pouvoir être hospitalisés. L'épidémie avait éclaté.

Or, pendant la quarantaine à la Grande Chaloupe, on n'avait rien remarqué de bien extraordinaire. Il est vrai que les fébricitants avaient été évacués très tôt sur Saint-Denis.

Quoiqu'il en soit, voici ce qu'écrit MAC-AULIFFE au sujet de cette épidémie : « Et pourtant, maintenant que je compare les fièvres observées au Lazaret à la maladie que j'ai vue à la Rivière Dumas il ne m'est plus permis de douter de l'identité de ces deux affections, elles ont le même cachet pathognomonique ».

Et ses conclusions sont très nettes :

« Les Indiens de l'Eastern-Empire étaient atteints d'une fièvre infectieuse qu'ils avaient contractée à Calcutta et qui était née à bord pendant la traversée sous l'influence des conditions hygiéniques défectueuses.

— Cette maladie revêtit, pendant la traversée, des formes qui la firent confondre avec les fièvres de marais.

— Après le débarquement, elle prit une allure épidémique nette. Devenue infectio-contagieuse, elle fut transportée par les Indiens de ce convoi dans les établissements sucriers sur lesquels ils furent répartis et d'où elle s'étendit ensuite dans toutes les parties de l'île ».

Quant à sa nature, nous nous bornerons à citer BOUVET, médecin à bord d'un navire qui rapatriait dans l'Inde un convoi venant de La Réunion :

« On ne peut consentir à classer la fièvre à rechutes dans le groupe des paludéennes, comme le font certains médecins, même ceux de Calcutta où règne fréquemment cette affection, quand on la voit sévir d'une manière contagieuse à Bourbon, où l'élément palustre est à peu près inconnu et à bord d'un navire sortant des chantiers de constructions et qui n'a jamais stationné près des côtes marécageuses ».

MAC-AULIFFE la définit : « maladie infectieuse et transmissible, voisine des pyrexies typhoïdes et de la fièvre jaune ».

En langage moderne, il s'agit de la spirochétose récurrente.

A noter, pourtant, que personne n'a signalé la présence de poux ni de tiques. L'exanthème a été rarement observé mais l'on avait à faire à des noirs. Deux infirmiers créoles ayant contracté la maladie ont présenté, précisément, une éruption intéressante. MAC-AULIFFE rapporte en effet à la date du 20 mars : « Apparition dans la nuit de plaques ortiées. Chaque élevure de la peau est précédée d'une sensation de chaleur mordicante et d'une démangeaison tellement vive que le malade n'a pas pu se livrer au sommeil. Cette éruption disparaît au lever du soleil et il reste à peine quelques traces lors de ma visite. Le 21 mars, le même phénomène se renouvelle dans la nuit avec plus d'intensité que la veille. » Le 22 rien à signaler et le 23 survint la rechute. De même chez un autre créole, à la nécropsie, il note : « L'abdomen, la poitrine, le cou, les épaules présentent une centaine de taches lenticulaires de 2

à 6 millimètres de diamètre tranchant sur la coloration jaune du tégument ».

S'agissait-il de taches purpuriques ou de morsures de poux ?

L'isolement rigoureux des différents foyers eut raison de l'épidémie mais une nouvelle bouffée semble s'être produite en 1867, si nous en croyons BOUVET.

Un fait intéressant à noter est que, si l'on excepte les infirmiers, qui en furent atteints, cette affection fut strictement limitée aux travailleurs indiens dont l'hygiène déplorable ne pouvait qu'en favoriser l'évolution.

III. — LA DENGUE

Cette « sœur cadette de la fièvre jaune » fit pendant longtemps des ravages à La Réunion. La première épidémie date de l'année 1851 où elle fut décrite par le Docteur DAUVIN sous le nom de « fièvre rouge » ou encore de « fièvre chinoise », en raison de son importation de Chine. Elle fit, depuis, de fréquentes apparitions, frappant aussi bien les noirs que les Européens mais la deuxième explosion épidémique se produisit en février-mars-avril-mai 1873.

Le Docteur COTHOLENDY rapporte que les premiers cas furent observés à « la Petite-Ile », quartier de Saint-Denis. La Capitale fut cruellement atteinte. On y compta 20.000 cas sur ses 35.000 habitants. De Saint-Denis, la maladie gagna les « Quartiers » mais ne s'aventura jamais sur les hauteurs.

La marche de cette épidémie fut assez curieuse. Voici ce qu'en dit le Docteur KARSEN : « De 1871 à 1874, la maladie se propagea le long du littoral de l'Océan Indien et de la Mer Rouge. D'après VAUVRAY, REID et MARTIALIS, elle se montra au printemps de 1871 sur la côte de Zanzibar d'où elle fut transportée à Aden et à Port-Saïd ; dans ces localités le tiers de la population fut atteint. Vers la fin de 1871 et au commencement de 1872 nous la voyons paraître épidémiquement à La Mecque, Médine, Tanieff et Djeddah ; un certain nombre de pèlerins de la Mecque atteints de la dengue arrivèrent à Madras au commencement de 1872.

« D'autre part, au mois de décembre 1871, les bâtiments transports « Dalhouse » et « Jumma », venant d'Aden, introduisirent l'épidémie à Bombay. Le Dalhouse fut nettoyé et repeint mais on négligea la désinfection. Des troupes saines furent embarquées à bord et la maladie se manifesta parmi elles pendant la traversée ; elle fut ainsi transportée au port de destination, Cannamora, d'où elle diffusa dans toute l'Inde. Calcutta fut atteint en Novembre 1872 et l'on y compta plus de 60.000 cas.

« Les navires mouillés dans le Gange, rapporte COTHOLENDY, ne furent pas épargnés et emmenèrent la maladie à Maurice d'où elle passa à La Réunion par la goélette française « L'Elisa ».

Prévenu trop tard par le Consul de France à Maurice, le Gouvernement réunionnais avait du prononcer la quarantaine après que les marchandises eussent été débarquées à Saint-Denis. Et comme pour montrer que l'Elisa était bien contaminée, le Capitaine contractait la dengue cinq jours après la libre pratique.

A noter en terminant, que cette épidémie, d'une extraordinaire puissance explosive, n'entraîna, cependant, qu'une très faible mortalité

IV. — AFFECTIONS DU SYSTÈME LYMPHATIQUE.

Il peut paraître étrange de voir figurer ces affections sous la rubrique « maladies épidémiques ». Mais, pour si artificielle que soit notre classification, il n'en demeure pas moins vrai que c'est à la faveur de l'« ère épidémique » qu'elles ont surtout attiré l'attention des observateurs. Nous n'en voulons pour preuve que cette déclaration du Docteur VINSON : « A l'Ile de La Réunion, de 1858 à 1868, alors que le pays était vierge de fièvres à quinquina, telluriques, paludéennes, comme on voudra les appeler, je n'avais constaté que de rares manifestations de « lymphite profonde »... Depuis 1868, c'est-à-dire depuis l'apparition des fièvres d'accès, le nombre s'en est accru ».

Aujourd'hui, par contre, ces maladies paraissent avoir, sinon disparu, du moins très sensiblement régressé.

A) « La lymphite grave ».

Sous ce nom VINSON décrit une affection assez répandue sous les tropiques et d'une gravité extrême. Claudio DA SILVA, à Rio de Janeiro, y a consacré également une importante étude, « lymphatites perniciosas » qui vient précisément corroborer les idées de VINSON. A La Réunion même, AZÉMA a présenté un travail sur la « Lymphangite endémique des pays chauds ».

Voici ce qu'en dit VINSON : « La lymphite (la maladie des glandes comme on l'appelle vulgairement) doit

fixer notre attention d'une manière spéciale, d'autant plus que cette maladie revêt un caractère grave dans tous les districts de l'île Maurice parce que dans cette île, comme à La Réunion, le lymphatisme est la dominante du tempérament créole ».

Etudiant la nature de cette affection, VINSON distingue deux formes :

— L'une franchement inflammatoire, « la lymphite superficielle », vulgairement appelée « érysipèle », qu'il indentifie à l'« éléphantiasis des Arabes », localisée aux membres inférieurs, aux organes génitaux et aux seins.

Elle reconnaît comme causes favorisantes le lymphatisme, le climat chaud, l'humidité du sol et la vie sédentaire, comme causes déterminantes les « refroidissements » et les blessures.

C'est une « lymphangite avec engorgement ganglionnaire ».

— L'autre, infectieuse, grave, « maladie des glandes », généralisée et évoluant le plus souvent vers la mort, se rencontre principalement chez les adolescents.

L'invasion en est brutale par un frisson qu'il qualifie de pathognomonique et s'accompagnant d'une adénopathie inguinale ou axillaire douloureuse. Le pronostic est favorable quand celle-ci évolue vers la suppuration mais les abcès métastatiques viennent souvent l'assombrir : abcès du poulmon, du foie, des reins mêmes (périnéphrétique ?)

Dans les formes foudroyantes, la mort survient dans les 24 heures avant toute suppuration.

« Comment se fait-il, se demande VINSON, que, soudain, chez un individu indemne de toute suppura-

tion cutanée, de toute influence paludéenne, par le fait seul d'un tempérament lymphatique bien évident, de l'existence d'une lymphocèle, sous l'influence d'une cause un peu forcée, d'une simple transition brusque de l'atmosphère, du pus se forme dans les vaisseaux lymphatiques, traverse les ganglions et répande son action en un moment sur toute l'économie, absolument comme la fièvre puerpérale, absolument comme s'il existait à la peau une surface en suppuration ?... Lorsqu'il existe un ulcère, une plaie en belle suppuration... c'est bien l'histoire de la phlébite suppurative, de la pyohémie de l'infection purulente de la fièvre puerpérale avec quelques caractères spéciaux : le frisson initial éclate, la plaie se dessèche et devient douloureuse, les vaisseaux lymphatiques profonds qui de ce point vont aux ganglions deviennent douloureux, les ganglions sont élargis et très douloureux, les lymphocèles, s'il en existe, sont enflammés, suppurent quelquefois et bientôt les symptômes afférents à l'état des principaux organes dénotent leur envahissement par l'inflammation, par la suppuration et la terminaison offre en tous points un tableau presque semblable à celui qui se déroule devant nous dans la fièvre suppurative ».

Comme l'entrevoyait si bien VINSON, il nous apparaît aujourd'hui difficile de rapporter ce syndrome à une simple affection du système lymphatique. L'élément lymphatique y est certes pour quelque chose, irrité qu'il est par tout un complexe morbide allant de la simple action du climat à celle des diverses parasitoses, telle la filariose, sans compter celle du paludisme réalisant ce que CORRE a appelé la « lymphatexie ». Mais il y a plus, l'élément microbien nous paraît jouer le principal rôle. Streptocoque ou staphy-

locoque ? Il est probable que les deux interviennent. Et, d'ailleurs, ne donne-t-on pas communément le nom d'érysipèle à la lymphite superficielle ou éléphantiasis, semblant associer ainsi, involontairement peut-être, l'élément microbien au processus lymphangitique ?

Dès l'origine d'ailleurs, on a cherché à rattacher cette affection à une cause plus apparente, filariose pour les uns, paludisme pour d'autres, bubons climatiques enfin. Le Professeur TROUSSEAU lui-même, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, avouait son ignorance au sujet de cette maladie qu'il désignait du nom d'« affection ganglionnaire des créoles de La Réunion ». Mais aujourd'hui, le doute, nous semble-t-il, n'est plus permis. N'affirmerait-on pas le diagnostic de staphylococcémie en lisant cette double observation de VINSON : « c'était en 1861, à l'île de La Réunion. Deux frères étaient allés se baigner à une rivière située à 3 km. de leur domicile. A la suite du bain, ils se chaussèrent à nu dans des souliers mouillés qu'ils avaient fait sécher au soleil. Il en résulta des écorchures au-dessus des orteils. La suppuration advint qui fut négligée quand, soudain, ils furent pris à deux jours d'intervalle de frisson intense, de fièvre, de lymphite profonde avec les symptômes concomitants que nous avons décrits... la nature leur vint en aide : l'un eut quatorze abcès, parmi lesquels une lymphocèle suppurée que j'ouvris comme les autres. Pour preuve que la lymphite était généralisée, deux abcès se produisirent au membre supérieur gauche. Chez l'autre il y eut un processus au deux poumons, un énorme abcès se forma le long des lymphatiques profonds du membre inférieur gauche depuis la fosse iliaque, passant sous l'arcade crurale, longeant les vaisseaux profonds en les suivant jusqu'à la partie

inférieure de la tibiale postérieure, après avoir franchi l'anneau du troisième adducteur. Un énorme abcès se forma également dans l'articulation fémorotibiale. Il y eut une périostite du tibia. J'ouvris de bonne heure, en plusieurs endroits, l'abcès intermusculaire à la cuisse, au creux poplité, au mollet, au-dessus de l'arcade crurale, je vidai le foyer articulaire au moyen d'incisions successives et obliques... Tous deux guérèrent. Ces deux enfants, l'un âgé de dix ans, l'autre de douze, furent, je puis le dire, aussi gravement malades qu'il est possible. Les antiseptiques, les soins multipliés, coopérèrent à leur guérison, pour laquelle la nature fit beaucoup ».

Et aujourd'hui encore, lorsqu'un staphylococcémique se rétablit, après avoir été incisé, réincisé et contre incisé, après avoir ingurgité tous les sulfamides imaginables et reçu toutes les anatoxines et les vaccins les plus variés, ne pourrait-on pas dire avec la même modestie, en parlant de sa guérison, que la « nature y fit beaucoup » ?

B) — L'hématurie endémique.

(Hématurie chyleuse. — Pissement de sang.)

En 1870, le Docteur CASSIEN soutenait devant la Faculté de Médecine de Montpellier une thèse ayant pour titre : « L'hématurie chyleuse, d'après des observations recueillies à Salazie (Ile de La Réunion) ».

Déjà CHAPOTIN en 1812 et SALESSE en 1834 rapportaient que « tous ou presque tous les enfants de Maurice sont atteints d'hématurie ».

A La Réunion même, RAYER et AZÉMA, en avaient déjà parlé. GUÉS, professeur à l'école de Médecine

navale de Rochefort, disait de La Réunion : « Cette patrie de la Chylurie ».

CASSIEN rapporte donc une quinzaine de cas d'hématurie endémique, observée chez les enfants à Salazie. Il signale à ce propos, que la forme chyleuse de la maladie n'apparaît que chez l'adulte lorsque l'hématurie est déjà ancienne.

Cette affection, endémique à La Réunion, sévit surtout chez les lymphatiques. Il n'est pas rare de rencontrer chez le même individu l'éléphantiasis.

L'hématurie débute en pleine santé apparente. Brusquement l'enfant est pris d'un impérieux besoin d'uriner et, à sa grande stupéfaction, il « pisse du sang pur ». Elle est totale et se maintient pendant plusieurs heures, parfois plusieurs jours.

Ce n'est que tardivement que, par suite des hémorragies répétées, l'état général est atteint. Petit à petit, le malade s'achemine vers la chylurie.

CASSIEN note que l'urine contient des globules rouges intacts, des leucocytes, de l'albumine et de la graisse.

Quant à la pathogénie de l'affection, elle nous conduit à la fameuse dualité de l'hématurie parasitaire. En 1851, en effet, BILHARZ, en Egypte, avait découvert le *distomum haematobium* dans de telles urines. En 1854, John HARLEY l'avait retrouvé à CAPETOWN. Il semblait dès lors que ce parasite était bien responsable de l'hématurie. Or, en 1866, à BAHIA, Otto WUCHERER, à la poursuite du distome de Bilhaz, met en évidence dans les urines de ses malades « les embryons d'un nématoïde ». Cette découverte est confirmée par CREVAUX à la Guadeloupe, par LEWIS aux Indes, qui parvient même à observer les microfilaires dans le sang (*Filaria sanguinis hominis*).

On put craindre, un moment, que cette découverte ne jetât le discrédit sur la théorie parasitaire mais on eut le bon goût d'admettre qu'il y avait deux variétés d'hématuries : l'une à *distomum haematobium* (Bilharziose vésicale), l'autre à *filaria sanguinis hominis* (*Wuchereria Bancrofti*). C'est qu'en effet Bancroft, en Australie, découvrait à son tour la filaire adulte en 1874.

Or, à La Réunion, comme aux Indes, c'était la filaire qui était en cause. BRASSAC rapporte, en effet, que : « en 1873, Charles ROBIN reconnaît les mêmes entozoaires dans un dépôt d'urines chyleuses provenant de La Réunion et qui avait été adressé par FONCERVINES, médecin de la Marine ».

Et, du même coup, nous avons ainsi la certitude que la filariose existait bien à La Réunion.

Que reste-t-il aujourd'hui de ce « pissement de sang » ? Bien peu de chose, à coup sûr. Quant à nous, nous n'en avons jamais entendu parler et nous le considérons comme une pièce rare de notre « ère épidémique ».

V. — LE TÉTANOS

Cette affection, plus connue à La Réunion sous le nom de *Mal Machoires*, sans doute à cause du trismus, doit également être rattachée à la période épidémique. Elle était alors d'une extraordinaire fréquence, tout comme à Madagascar et aux Indes où HUILLET note, en 1866, 384 décès par tétanos sur une mortalité totale de 1323 décès.

De même à Saint-Denis, REYNAUD note 32 décès en un an par tétanos sur une population de 30.000 habitants.

Elle a très sensiblement régressé de nos jours sans toutefois disparaître.

Certains détracteurs de la sérothérapie antitétanique auraient là une intéressante étude à faire, bien que, à notre souvenance, cette thérapeutique soit assez peu répandue à La Réunion, non par la faute des praticiens mais par celle des blessés qui se soignent eux-mêmes. Combien avons-nous vu de ces « ouvriers de forêt » qui, après s'être tranché le pied d'un coup de hache, se contentaient de laver la plaie avec de l'eau, non bouillie, simplement additionnée de gros sel de cuisine et d'arrêter l'hémorragie par tamponnement avec de la raclure de leur chapeau de feutre.

Seules les piqûres de clous sont justiciables de la cautérisation qui s'opère de la façon suivante : le patient est dans la position du cheval chez le maréchal-ferrand. Un aide maintient le pied, plante en l'air, et avec ses pouces écarte les lèvres de la plaie.

L'opérateur, le plus souvent le forgeron du village, enflamme alors une mèche de jute ou de coton imbibée d'huile de coco ou de graisse de porc et s'ingénie à faire tomber les gouttes d'huile bouillante au plus profond de la plaie. Nous avons eu nous-même tour à tour l'occasion de pratiquer et de subir cette opération qui nous a, d'ailleurs, paru des plus efficaces.

Lorsque le tétanos est déclaré, on a encore la ressource de recourir à certaines tisanes que connaissent les « simples » et qui, paraît-il, feraient merveille. Quant au médecin, il ne constate que les cas malheureux.

VI. — AUTRES MALADIES ÉPIDÉMIQUES.

A) Le choléra.

Ce n'est pas un moindre sujet d'étonnement de voir que l'île de La Réunion eut relativement peu à souffrir du choléra. Deux « fournisseurs », pourrait-on dire, s'offraient à elle : l'Inde et la Côte Orientale d'Afrique.

Jusqu'en 1859, toutes les menaces nous vinrent de l'Inde mais des mesures sanitaires rigoureuses nous en préservèrent.

Moins heureuse, l'île Maurice fut atteinte dès 1775. Elle fut contaminée à nouveau en 1856 par les transports de coolies, *Heydere* et *Marrambuck*, en provenance de Calcutta. Du coup, le choléra s'y installa à l'état endémique et l'on observa des bouffées épidémiques en 1861, 1866 et 1870.

A la Côte Orientale d'Afrique, le choléra fit sa première apparition en 1859. Le Docteur DAULLÉ, qui a tout particulièrement étudié cette épidémie, rapporte qu'en décembre 1858 le choléra existait à la Mecque. A la fin de janvier 1859, on y comptait plus de 30.000 victimes. Les pèlerins, épouvantés, s'enfuirent à Djeddah et de là à la Côte Orientale d'Afrique. Mais « post equitem sedet atra... choléra !... » Zanzibar est envahi en janvier 1859 : 150 à 200 morts en moyenne par jour. Boutres et navires répandent le mal aux Comores et à toute la côte Ouest de Madagascar.

En prenant un chargement de noirs à Kilossa et

Anghoxa, sur la côte africaine, le *Mascareigne* contracte la maladie et l'introduit à La Réunion.

Nous ne possédons malheureusement aucun document sur cette épidémie (1). S'est-elle généralisée à toute l'île ou bien s'est-elle consumée en vase clos au Lazaret de la Grande Chaloupe, nous ne saurions le dire. Une chose, cependant, est certaine, c'est que les noirs en firent presque exclusivement les frais.

B) La variole.

Plus encore que le choléra, la variole constituait une menace constante pour la Réunion. Elle sévissait, en effet, un peu partout dans l'Océan Indien ; en Chine, aux Indes, en Afrique, aux Comores, à Madagascar, à Maurice.

BOUVET rapporte même, en date du 25 août 1867, que la corvette de guerre « *La Minerve* » ayant quelques varioleux parmi son équipage reçoit l'autorisation de débarquer ses malades et une partie de l'équipage au Lazaret de la Colonie. »

Aujourd'hui encore, nombreux sont les Chinois de La Réunion qui présentent sur leur visage le masque caractéristique de la petite vérole. Beaucoup contractent la maladie au cours des nombreux congés qu'ils vont passer en Chine, ce qui prouve que le foyer asiatique est toujours vivace.

Mais nous n'avons trouvé nulle part la trace d'une épidémie de variole à La Réunion. Aussi ne saurait-on méconnaître l'efficace bienfaisance de ces « règlements sanitaires draconiens » dont parlaient les médecins du siècle dernier.

(1) Les circonstances actuelles ne nous ont pas permis de consulter le *Mémoire* qu'y a consacré le Docteur Auguste VINSON.

C) La peste.

BLANCHARD rapporte que la peste a été signalée à La Réunion en 1899 et qu'on y a observé unecinquante de cas de peste bubonique en 1926-27. Nous n'avons pas trouvé de documents à ce sujet mais nous savons que cette maladie avait éclaté aux Indes en 1896 d'où elle était allé contaminer Madagascar en 1898. D'autre part, elle aurait existé à l'état endémique à Maurice où elle serait encore apparue au début du XX^e siècle.

D) La grippe « espagnole ».

Plus près de nous, l'Ile de La Réunion a été dévastée en 1919 par la pandémie de grippe dite espagnole.

On raconte communément que ce fléau fut introduit en mars 1919 par un navire qui rapatriait de Marseille deux mille soldats à Madagascar et à La Réunion. Aucun cas de grippe ne fut observé pendant la traversée. La patente de santé était nette. Quinze jours après l'arrivée de ce convoi, l'épidémie éclatait, foudroyante. Du port de la Pointe des Galets, elle gagna rapidement Saint-Denis (10.000 décès ?) puis se répandit dans toute l'île. C'était une grippe à forme pulmonaire, s'accompagnant souvent de phénomènes méningo-encéphaliques : agitation extrême ou, au contraire, coma précoce. Les cadavres étaient, paraît-il, tout noirs.

La durée de l'épidémie fut de deux mois environ. Sa disparition fut aussi soudaine que son apparition. On raconte encore que le virus aurait été importé dans la Colonie non par les soldats eux-mêmes, mais par la terre prise en guise de lest dans un cimetière des environs de Marseille et qui aurait été déchargée à la Pointe des Galets.

CHAPITRE TROISIÈME

Pathologie actuelle

I. — CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Bien que la plupart des affections précédentes aient complètement disparu de nos jours, il n'était pourtant point inutile de les étudier rapidement car elles expliquent dans une certaine mesure la pathologie actuelle de l'Ile de La Réunion.

Nous ne reviendrons pas sur le paludisme qui, avons-nous dit, constitue aujourd'hui la grande endémie de notre Colonie mais nous essayerons de donner une vue d'ensemble de ce que nous pourrions appeler le terrain réunionnais.

On enseigne couramment que le climat tropical est éminemment débilitant pour l'Européen.

La chaleur, d'une part, et l'état hygrométrique de l'atmosphère, voisin de la saturation, de l'autre, en-

traînent un dérèglement de la régulation thermique que l'organisme tente de rétablir à grand effort, d'où une première cause d'épuisement. Les échanges avec l'extérieur ne se faisant pas normalement, force est à l'organisme d'agir sur son milieu intérieur, d'où toute une série de modifications dont la plus évidente est l'hyperhydrémie tropicale. Les combustions étant moins complètes que normalement, le foie voit son travail s'accroître et il se congestionne. Il deviendra bientôt insuffisant si, par une ignorance fautive, l'individu ne sait pas ramener au taux convenable sa ration alimentaire. L'inappétence ne tarde pas à apparaître et le colonial doit alors faire appel aux épices et condiments comme le gingembre, le safran et le piment dont l'inocuité n'est pas encore démontrée. Enfin, dans un dernier stade, l'organisme ne parvenant plus à utiliser toute la valeur énergétique des aliments, le colonial se voit contraint à user de l'alcool qui, lui, brûle encore mais dont il abusera demain.

On invoque encore classiquement l'état électrique de l'atmosphère, les « orages secs », si pénibles pour le système nerveux, la sédentarité qui aggrave encore le disfonctionnement des différents métabolismes.

Du côté psychique, l'éloignement et l'isolement auraient une action déprimante pouvant conduire les uns à la débauche, les autres au suicide.

Fort heureusement, tout cela ne se voit pas à La Réunion. Tout d'abord, si la température est relativement élevée pendant la saison des pluies, la régulation thermique demeure possible grâce à l'action bienfaisante des brises de mer qui ne font presque jamais défaut.

L'état électrique de l'atmosphère n'a, semble-t-il, rien d'extraordinaire. Les orages secs y sont inconnus.

Quant à l'éloignement et l'isolement, personne à La Réunion n'y songe. L'idée ne nous est jamais venue que notre île n'était qu'un mouchoir de poche et que nous étions des exilés. Les distances au contraire, nous paraissent quintuplées et « nous partons en voyage » dès que nous dépassons une dizaine de kilomètres. Bref, notre île est pour nous un continent.

Et pourtant, malgré toutes ces données négatives, le créole de La Réunion n'est pas comparable à l'Européen, pas plus physiquement que moralement. Un *Zoreille* (1) se reconnaît, en effet, à première vue.

La caractéristique du Réunionnais est son tempérament lymphatique qui le rend particulièrement vulnérable. Il semble, en effet, que le lymphatisme soit un « mordant » indispensable car l'Européen se défend beaucoup mieux que le créole. Il ignore généralement le paludisme ; la diarrhée et la dysenterie ne lui seraient pas les entrailles ; il est à l'abri des diverses dermatoses impétigineuses, si répandues chez nous ; la puce-chique elle-même, semble ne pas apprécier sa chair, un peu fade sans doute.

D'où nous vient donc cette déplorable prédisposition ?

Si le climat n'est pas plus nocif qu'en Europe, comment se fait-il que nous ne soyons pas égaux devant la maladie ? Nous croyons pouvoir avancer, précisément, que ce n'est pas par excès que le climat intervient mais bien plutôt par défaut.

Une dame de nos amies nous rapportait un jour l'opinion d'un Européen qui avait fait la guerre 14-18 avec des soldats réunionnais : « Ce sont de bons petits gars, disait-il, mais ils ne se trouvent jamais à leur

(1) Nom donné à La Réunion aux Européens.

aise en France : en hiver, ils ont trop froid, en été ils ont trop chaud ! » Cela est rigoureusement exact, aussi bien pour le froid que pour la chaleur, aussi extraordinaire que cela puisse paraître. Et il aurait pu ajouter : « cependant, ils se portent à merveille, en France ! ».

C'est que le printemps éternel auquel nous sommes habitués, pour si agréable qu'il soit, nous est, en définitive, préjudiciable. L'hiver métropolitain, cette horrible saison, a, par contre, un effet salulaire sur l'organisme. Il semble que son absence ait un retentissement fâcheux sur les tissus, les humeurs et les organes qui perdent, à la longue, leur souplesse, leur plasticité, leur pouvoir d'adaptation, en somme. Il y a là toute une « microgymnastique tissulaire » qui fait défaut, tant dans le domaine physique que biochimique.

Après le long engourdissement de l'hiver, il nous manque, de même, la montée de sève du printemps, cette véritable résurrection de l'être.

Nous vivons en somme, dans un milieu trop uniformément isotherme et si cela nous paraît, certes, agréable il n'en est peut être pas de même pour notre organisme qui se sent alourdi, « encrassé », pourrait-on dire, par défaut de résorption. Et c'est précisément le système lymphatique qui en fait les frais.

Cette douce uniformité, d'ailleurs, se rencontre un peu dans tous les domaines. Tout le monde connaît, ne serait-ce qu'en rêve, la légendaire « facilité » de la vie aux îles, où l'on coule, paraît-il, des jours heureux, « à l'ombre des ananas en fleurs » ou sous les caresses de « Virginie ». Les temps ont certes changé, mais nous n'en sommes pas encore au point où en est l'Europe où la lutte pour la vie n'est pas un mythe. Il

existe encore chez nous des gens qui ne se soucient guère de l'avenir. La grande majorité des femmes, en particulier, ignorent totalement ce que signifie : « gagner sa vie » (1). Il faut pourtant leur rendre cette justice qu'elles ne sont pas tombées dans la vie frivole et factice de leurs sœurs métropolitaines qui, victimes plus ou moins volontaires d'une mode, proprement inhumaine, ignorant même les limites du ridicule, sont devenues le plus souvent des « objets » coûteux, certes, mais présentant une valeur intrinsèque discutable.

Les hommes, tout en acceptant la loi commune du travail, ne se sont pas orientés non plus vers la vie artificielle d'Europe. Ils sont restés fidèles à la réalité et leur vie est essentiellement familiale, patriarcale même pourrait-on dire. L'esprit est donc resté libre, ce qui est parfait, mais il s'est alors plongé dans la rêverie. Et la contemplation d'une nature toujours belle a amené petit à petit la mélancolie. En définitive, le Réunionnais apparaît comme un romantique égaré en ce siècle de matérialisme intégral et un lymphatique hypo-résistant.

(1) Nous n'avons pas employé à dessein le mot « travailler » car, en France, on en a bien la bouche pleine mais les mains vides, le plus souvent.

II. — AFFECTIONS DU SYSTÈME LYMPHATIQUE.

« *A tout Seigneur... »*

Il ne s'agit plus ici de la lymphite ni de l'hématurie chyleuse qui semblent avoir disparu de nos jours mais d'une fragilité spéciale des vaisseaux et ganglions lymphatiques.

Le moindre traumatisme, la plus insignifiante ex-coriation s'accompagnent aussitôt d'un important retentissement dans ce domaine.

La cuisinière n'est pas venue ce matin ? Ne cherchez pas, elle a une *lymphangite*. La bonne s'est piquée avec une écharde en astiquant le plancher ? Demain elle aura le bras *gros enflé*. Madame n'est pas non plus à l'abri de la lymphangite : ses talons hauts dans les *galets* s'en chargeront. Quant à Monsieur, qu'il se garde bien d'« attraper » une puce-chique !

Il y a mieux ! chez nombre d'individus, et surtout chez les femmes, la lymphangite existe à l'état chronique. A la suite d'une blessure, la blanchisseuse, un jour, eut une lymphangite qui guérit comme les autres, semble-t-il, mais depuis de nouvelles poussées se produisent à l'occasion de tout surmenage. A tel point qu'il est commun d'entendre les domestiques vous dire, quand la besogne ne leur plaît pas : « *Demain, M'sié, moins l'est malade !* »

Plus souvent encore, chez l'enfant surtout, le stade inflammatoire intermédiaire passe inaperçu mais un ganglion douloureux apparaît à l'aine ou à l'aisselle. Quel gamin de chez nous peut se vanter de n'avoir

pas eu de « glandes » ? C'est notre principale maladie infantile. L'enfant est-il turbulent, s'amuse-t-il à poursuivre les poules jusqu'à épuisement pour les saisir, la mère intervient : « *tu vas attraper des glandes !* »

Mais l'enfant sage n'est pas à l'abri non plus. A la suite d'une cause plus ou moins nette, la glande apparaît. Voilà notre petit malade au lit, en proie aux pires cauchemars car le spectre du médecin hante son sommeil. Il sait que si elle *ne fond pas*, il faudra l'*ouvrir* et cela l'épouvante.

La mère créole, modèle d'amour et de patience, prépare alors en grande hâte un baume souverain à base de jaune d'œuf, d'huile de coco ou de saindoux et, passant ses doigts dans la flamme d'une bougie pour l'échauffer, frictionne tendrement la glande qui, le plus souvent, disparaît en effet, mais peut réapparaître en toute autre occasion.

Quant à l'étiologie exacte de ces adénopathies, il est bien difficile de la préciser et le vieux terme de « Bubon climatique » n'est pas près de disparaître. Franchement inflammatoire dans certains cas, elle semble, dans d'autres, n'être que la traduction d'une susceptibilité spéciale de ce système, due à l'action combinée de la polyhydrémie, de la stase lymphatique, du paludisme même et, parfois, des parasitoses.

La *filariose* doit à ce propos, être envisagée ici. Excessivement fréquente autrefois, elle devient de plus en plus une rareté. C'est à peine si l'on rencontre de temps à autre un sujet atteint d'*éléphantiasis*. Il siège presque toujours aux membres inférieurs et est vulgairement désigné sous le nom d'« érysipèle ». Ceux qui en sont porteurs, invoquent le plus souvent comme cause apparente un « refroidissement ».

Nous n'avons pas connaissance de cas d'éléphantiasis du scrotum, de la verge ni des seins. Mais il nous paraît intéressant de signaler la toute particulière « fragilité » des organes génitaux masculins à La Réunion, où les gens redoutent toujours *d'attraper gros grains*. Ce terme vulgaire s'applique sans doute aux hydrocèles qui sont encore assez fréquentes et qu'on rapporte généralement à un *coup de froid* ou à un traumatisme. Ces parties délicates sont, en effet, par surcroît, très recherchées des antagonistes au cours des *batailles* (rixes).

III. — LES DERMATOSES.

Les affections cutanées, quoique relativement peu variées, sont excessivement répandues à La Réunion.

10) **Les boubouilles.** (1) — A l'encontre de ce qui se voit ailleurs, les adultes n'en sont jamais atteints. C'est l'apanage exclusif des nourrissons qui se couvrent parfois à la saison chaude, d'une éruption papulo-vésiculeuse, localisée d'abord aux plis inguino-genito-cruraux et aux régions axillaires mais pouvant se généraliser. L'étiologie en est inconnue. Elle relève sans doute de l'exaltation passagère de germes saprophytes sous l'action favorisante de la sueur.

Le traitement consiste à donner de grands bains de *liane poc-poc* qui pousse un peu partout à l'état sauvage.

20) **Les « boubous ».** — On désigne, à La Réunion, sous le terme générique de *boubous* toutes les affections cutanées pustuleuses ou ulcéreuses. Mais nous n'envisageons ici que ceux qui affectent strictement les enfants de quatre à dix ans, presque sans exception. Il n'y a pas de famille possédant des enfants de cet âge où l'on n'ait à panser continuellement des plaies de ce genre. Il s'agit de pustules ne dépassant généralement pas les dimensions d'une pièce de cinquante centimes et recouvertes d'une épaisse croûte adhérente, sous laquelle se prolonge la suppuration.

(1) Ce mot est toujours employé au pluriel à La Réunion.

Elles sont nettement localisées aux parties découvertes, et, presque exclusivement aux jambes, au voisinage des genoux qui sont, de ce fait, toujours « couronnés » et aux avants-bras, près des coudes, manifestant ainsi une affection spéciale pour les surfaces d'extension.

Nous pensons devoir les rattacher à l'impétigo banal plutôt qu'au pyosis tropica de CASTELLANI. Leur évolution est relativement longue et c'est pendant des semaines que les pansements au *guérit-vite* ou *herbe-colle-colle* doivent être poursuivis.

3^o) « **Boubous-arabes** ». Il s'agit ici du Bouton d'Orient très vraisemblablement. L'affection débute, en effet, par un petit « clou » prurigineux qui ne tarde pas à donner une vésicule qui se rompt et suppure. Une ulcération apparaît qui ronge en profondeur et en surface jusqu'à ce qu'elle ait atteint les dimensions d'une pièce de deux francs. Elle reste alors stationnaire et ne guérit que très lentement.

Le boubou-arabe est généralement unique, siégeant le plus souvent au voisinage de la cheville et se voit surtout dans la seconde enfance. Il est tenu pour très contagieux. Le traitement consiste en de grands lavages au bœck avec des liquides antiseptiques, en cautérisations au nitrate d'argent ou au thermocautère.

4^o) **Ulcères dits phagédéniques**. — Inconnus chez les blancs et la majorité des créoles noirs, nous croyons les reconnaître dans ces plaies sanieuses, à bords irréguliers, que les malabars portent continuellement au mollet, sous un « morceau de chiffon » teinté de sang et de pus.

5^o) **L'eczéma**. — Le terrain réunionnais semble particulièrement favorable à cette dermatose qui s'y

rencontre très fréquemment. On l'observe le plus souvent aux orteils et aux pieds, parfois aux mains, aux oreilles et à la face.

6°) **La lèpre.** — Cette vieille plaie de l'humanité existe aussi à La Réunion où l'on compterait, paraît-il, près de 500 lépreux. Elle ne manifeste, cependant, aucune tendance extensive. Une léproserie existe à « La Ravine à Jacques », à la montagne de Saint-Denis mais le nombre des pensionnaires en est réduit, les malades aimant mieux rester chez eux où les familles cachent leur infirmité jusqu'à leur mort.

Nous citerons, pour mémoire, le cas d'un de nos jeunes poètes réunionnais, Eugène DAYOT, qui mourut tout jeune de la lèpre contractée au sein de sa nourrice et qui s'écriait dans un sublime désespoir : « Vingt ans et mutilé, voilà quel est mon sort ! ».

7°) « **Les poreaux** ». — Certains individus, surtout les mulâtres et les noirs, ont les avant-bras, les mains, les jambes et la face dorsale des pieds littéralement couverts de petites verrues plus ou moins confluentes qu'ils désignent vulgairement sous le nom de « poreaux ». L'étiologie en est, pour eux, très simple : c'est, paraît-il, en comptant les étoiles du ciel qu'on les « attrape ».

Doit-on les rapprocher de la dermatite verruqueuse ou chromoblastomycose dont font mention JOYEUX et SICÉ ?

Quant au traitement, il est inexistant. Certains malades cependant, réalisent une véritable cautérisation par le latex de certaines plantes (*herbes de lait*)

8°) **L'ainhum.** — JOYEUX et SICÉ signalent cette affection à La Réunion. Nous leur faisons confiance

car nous avons, en effet, souvenance de noirs « ayant eu des difficultés avec leurs orteils ».

9^o) **La gale.** — Elle est assez répandue dans l'île mais ce qui lui donne surtout une certaine originalité c'est sa tendance épidémique. Certaines années, on en observe de très nombreux cas et l'on parle alors de « gale mauricienne », de « gale volante » pour traduire son extraordinaire expansion.

10^o) **Les « carapattes ».** — Il s'agit d'une parasitose accidentelle chez l'homme. Les carapattes, emblèmes de la lenteur à La Réunion, comme la tortue de la fable, sont des tiques du genre ixodins. On en connaît deux variétés : celle du chien et celle du bœuf. Elles vivent fixées à leurs hôtes et leur abdomen est doué d'une étonnante élasticité. Les carapattes du bœuf en particulier, passent facilement de l'aspect cachectique d'un raisin de Corinthe à celui d'une superbe cerise bien mûre, après un copieux repas. C'est alors que les « martins au bec jaune » (1) en sont friands. Or, il arrive parfois que bœufs et chiens en laissent tomber de toutes petites sur l'herbe des chemins et si le voyageur, harassé, s'y couche, il peut les « attraper ». Ces petits parasites affectionnent tout particulièrement la peau fine du scrotum et des seins.

11^o) **La puce-chique.** — Qui croirait aujourd'hui que la petite puce-chique (*tunga* ou *sarcopsylla penetrans*) nous vient d'Amérique du Sud ? Nous l'avons pourtant suivie pas à pas, ou, plus exactement, bond par bond. Elle était excessivement répandue, au siècle

(1) Oiseaux rappelant assez les corbeaux par leur ramage et leur plumage mais faisant office de « pique-bœuf ».

dernier, au Brésil, au Mexique, dans toutes les Républiques équatoriales d'Amérique et à La Guyane où le Docteur BONNET l'a tout spécialement étudiée.

Un premier bond, la porte en Afrique Occidentale, si nous en croyons le Docteur EMILY, de la Mission MARCHAND : « On sait, écrit-il, que la puce pénétrante n'existait pas en Afrique et qu'elle y a été importée du Brésil (vers 1872) par les noirs revenus en foule dans leur pays d'origine après l'abolition de l'esclavage ». De Dakar, elle envahit rapidement tout le Sénégal. Un deuxième bond la mena, par une double route, à la Côte Orientale d'Afrique : par la voie terrestre elle gagna le Gabon, le Congo, la Somalie et l'Abyssinie, par la voie maritime les Portugais, d'après TODD, l'auraient introduite à Beira. FRIEDRICHSEN la signale à Zanzibar au commencement de l'année 1898. De là elle envahit rapidement tout l'Océan Indien. Nous la trouvons bientôt à Nossi-Bé et ses environs. « Introduite à Diego-Suarez par des travailleurs venus de Beira pour les travaux du Cap d'Ambre, elle a pullulé avec rapidité, arrêtant le travail de ce phare. Elle s'est ensuite rapidement étendue, avec la dispersion des travailleurs. Les indigènes ne sachant pas ce que c'était ont souffert cruellement... », écrit le Docteur JOLY.

BROUARDEL et MOSNY invoquent une importation plus directe : « La puce-chique, écrivent-ils, importée par les tirailleurs sénégalais à Madagascar en 1895 et introduite depuis peu par les Malgaches à La Réunion et aux Comores s'est propagée très rapidement dans ces îles et n'a pas peu contribué à augmenter la quantité de plaies phagédéniques ».

A La Réunion, toutefois, ce sont les Comoriens qui passent pour en avoir été les importateurs.

Chacun sait que la puce-chique est un ectoparasite du derme et qu'elle affectionne particulièrement les orteils, comme l'indique son nom espagnol, *Bichos dos pes* (insecte des pieds). Mais nous avons trouvé dans l'important travail qu'y a consacré le Docteur BONNET des détails intéressants dont nous voudrions dire quelques mots.

Tout d'abord, on admet généralement que seule la femelle est hématophage. Or, d'après BONNET, il n'en serait rien. Le mâle, tout comme la femelle, serait un suceur de sang. Mais seule la femelle, et uniquement la femelle fécondée, s'enfoncerait dans le derme où elle s'installe en attendant la maturation des œufs. Quant à la femelle non fécondée et au mâle, ils n'iraient pas jusqu'au derme, se contentant de sucer le sang et puis s'en vont.

« Dès que la chique est parvenue à la surface de la peau, écrit BONNET qui l'a observée sous verre de montre, elle choisit son point d'attaque ; elle s'y fixe à l'aide de ses pattes armées de crochets et commence à piquer l'épiderme avec l'extrémité de ses deux mandibules qui, étant jointes, ne forment qu'une seule lancette. Ce premier temps de la perforation s'opère rapidement. Aussitôt que la pointe est engagée dans la petite boutonnière de l'épiderme, la puce pénétrante fait agir chacune de ses mandibules-scies par des mouvements de va-et-vient... L'œuvre de la perforation n'est pas continue ; de temps en temps l'insecte se repose...

« Une fois l'épiderme traversé, le derme est attaqué de la même façon. Ici s'arrête le travail de perforation du mâle et de la femelle non fécondée. Dès ce moment la succion du liquide sanguin peut avoir lieu.. Dès que la chique (fécondée) a pénétré entre l'épiderme et le

derme elle commence par attaquer ce dernier pour s'y creuser une loge qui augmentera plus tard en proportion du volume que prendra l'abdomen... La position qu'elle prend, et qu'elle ne quittera plus, est invariablement la suivante : elle est comme implantée perpendiculairement, la tête et le thorax enfoncés dans le derme et son extrémité anale est fixée à l'orifice d'introduction qui reste béant... c'est par là que l'animal respire et qu'il peut rejeter au dehors les éléments excrémentiels. »

Cliniquement, l'attaque de l'épiderme est silencieuse mais dès que la chique arrive au derme « c'est, écrit BONNET, une sorte de chatouillement ou de démangeaison, agréable plutôt que douloureuse, aussi voit-on, dit LEVACHER, des personnes qui par plaisir, conservent l'insecte un jour ou deux sans le faire extraire ».

Cependant cette sensation augmente progressivement et prend bientôt un caractère lancinant, discontinu comme le travail même de la puce, insupportable. La perforation terminée, le refoulement progressif des tissus donne une douleur sourde qui devient finalement pongitive et exacerbante. C'est alors la période de maturation des œufs. Nous pensions jusqu'ici, comme la plupart des gens, que, celle-ci terminée, l'abdomen de l'insecte se rompait, mettant en liberté les œufs et que la sérosité ou même la légère suppuration qu'on observe parfois était sans doute due à une infection secondaire. Cette façon de voir était d'autant plus vraisemblable que la plupart du temps le « sac » n'arrivait pas à maturité complète car les traumatismes des orteils ne manquent pas chez les gens du peuple à La Réunion qui marchent tous pieds nus. En sorte que l'abdomen de la chique éclatait « in-situ ». Mais nous avons été frappé, dans certains

cas, de constater avec quelle facilité on pouvait réaliser l'énucléation d'une chique « bien à point ». A la suite *d'un coup de cogne dans un cap* (1) par exemple, quel n'est pas l'étonnement des petits noirs de chez nous de constater la disparition subite de plusieurs *nids de puces*.

C'est que précisément, la chique à maturité est éliminée « en bloc » des tissus de son hôte et c'est dans la nature que se produit activement la ponte, nous allons écrire l'accouchement. Suivons le Docteur BONNET : « Lorsqu'on examine un sac de chique au microscope, on peut reconnaître à certains signes que la ponte va avoir lieu. On voit d'abord le sac avoir des contractions fréquemment répétées. De même, les anneaux qui circonscrivent l'anus se contractent et se tendent autour de l'orifice anal qui devient béant... L'œuf qui est parvenu à l'origine de l'oviducte arrive dans le cloaque et subit alors un véritable mouvement de bascule qui le fait se présenter par une de ses extrémités à l'orifice qu'il va franchir. A ce moment, l'œuf, poussé d'une part, de dedans en dehors par les contractions expulsives de tout le sac en même temps que le plancher anal pèse sur lui, traverse l'anus et le canal épidermique et cela avec assez de force pour être projeté à une certaine hauteur... »

Une quarantaine d'œufs sont ainsi expulsés en moyenne. « Enfin, poursuit BONNET, l'action musculaire devient insuffisante, la chique essaie inutilement de mettre un dernier œuf au jour et tout mouvement s'arrête dans le sac. C'est le terme fatal de l'existence d'un insecte qui a accompli sa mission »,

(1) « Coup de cogne » : choc ; « cap » : cailloux.

Telle est la physiologie, scrupuleusement étudiée par BONNET, de la puce-chique dont il dit lui-même : « Que la Providence nous préserve de l'acclimatement en France de cette affreuse petite bête ! »

Elle est, pourtant, excessivement répandue à La Réunion où elle n'épargne aucun enfant et parfois même les adultes. Mais ce sont surtout les petits noirs qui payent le plus douloureux tribut. Leurs orteils sont creusés de multiples logettes abritant de nombreuses colonies de chiques et ont l'aspect de véritables choux-fleurs. Le contact du sol étant trop douloureux, ces pauvres enfants marchent littéralement sur les talons ce qui leur donne une démarche tout à fait caractéristique.

La prophylaxie en est simple mais trop peu usitée. Il suffit d'arroser chaque jour au crésyl ou à l'eau de chaux le sol des cases et des écoles qui sont de véritables centres d'élevage. Il faudrait que l'institutrice passât chaque matin, la « revue des pieds » et qu'elle eût à sa disposition une « échiqueuse » dévouée. La thérapeutique consiste, en effet, à extraire tout simplement l'intruse à l'aide d'une aiguille de couturière. Certains sujets préfèrent attendre le stade de prématurité, non pas par plaisir comme le rapporte LÉVACHER, mais parce que l'énucléation du parasite, qui atteint alors les dimensions d'un petit pois, est beaucoup plus aisée et indolore.

Le retentissement de ce parasitisme sur l'état général est habituellement nul mais on peut observer, chez certaines personnes, des réactions lymphangitiques avec adénopathies ou encore de l'infection secondaire, voire même le tétanos.

12^o) **La pian ou framboesia.** — Il existe à coup sûr chez les petits malabars et peut-être chez les Cafres.

Pour les Réunionnais, c'est un « boubou » comme les autres.

13^o) **Maladies vénériennes.** — La justice nous fait un devoir de nous étendre un peu sur cette importante question. La Réunion a joui longtemps, parmi les médecins de la Marine, de la triste réputation d'être le royaume du « feu de Vénus ». Lisons plutôt ce qu'écrit le Docteur DRAGO : « Mais où le nombre des victimes a été considérable, c'est à La Réunion, du 6 au 12 juillet et du 1^{er} au 9 août 1888. Nous avons payé notre hospitalité par dix cas d'urétrite, trois chancres mous et un chancre induré. La Réunion nous a maltraités beaucoup plus que Nossi-Bé, mais il faut avouer aussi que la police des mœurs se fait d'une façon pitoyable. Les agents ferment les yeux sur la prostitution clandestine et l'Autorité, dit-on, refuse son concours lorsqu'on lui dénonce certaines femmes qui ont contaminé des militaires ou des marins. Tous les médecins majors des bâtiments de la division ont noté une recrudescence notable dans le nombre des cas des maladies vénériennes, après un séjour de leurs bâtiments à Saint-Denis et à Port-des-Galets ».

Nous ferons remarquer, tout d'abord, que le monde entier est divisé en deux clans : d'un côté, ceux qui réclament la réglementation de la prostitution, de l'autre ceux qui la combattent. Sans vouloir prendre parti, nous dirons seulement que La Réunion, pays essentiellement catholique, n'avait jamais voulu reconnaître cette industrie et ne pouvait de ce fait surveiller les prostituées.

Nous dirons, en second lieu, qu'il ne s'agit après tout, que d'un milieu tout à fait spécial et que la réputation de *la rue de l'Est* à Saint-Denis et du *Cœur*

Saignant à La Pointe-des-Galets ne sauraitrejaillir sur toute l'île.

Enfin et surtout, nous nous retournerons contre nos accusateurs pour leur dire : « A qui la faute » ?

D'après CHAPOTIN et LESSON, la syphilis se serait singulièrement propagée à l'Ile de La Réunion depuis le commencement du XIX^e siècle.

De même le Docteur JULLIEN écrit : « La conclusion de cette étude sur la syphilis africaine (et La Réunion y figure 20 lignes plus haut) ne nous paraît pas douteuse et nous la formulerons en ces termes : la fréquence de la syphilis chez les indigènes est, toutes choses égales d'ailleurs, en raison directe de leurs relations avec les Européens ».

Il dit encore : « La syphilis n'a manifestement envahi l'Océanie qu'à partir de l'époque où se sont multipliés les rapports des indigènes avec les Européens... La Nouvelle-Zélande et les Iles Sandwich ont, dit-on, connu pour la première fois la vérole lors du passage de COOK en 1769 d'où le nom de Mal des Anglais ».

Mêmes aveux de la part de CANOLLE : « Je signalerai leur accroissement vraiment alarmant à Nossi-Bé autrefois indemne, paraît-il, ou à peu près. On y rencontre de nos jours relativement beaucoup d'urétrites, de chancres mous, compliqués presque toujours, ces derniers surtout, de bubons à évolution lente, de guérison plus lente encore. C'est pénible à avouer, mais je dois, pourtant dire que ces déplorables importations sont d'origine européenne... »

Voici encore JOLY qui déclare : « La tuberculose, comme la syphilis, est d'autant plus fréquente que les contacts avec les Européens sont plus nombreux. »

MENSE, enfin, dans une étude consacrée aux maladies vénériennes dans les contrées récemment ouvertes

à la colonisation écrit que « la civilisation porte avec elle la syphilis et la blennorrhagie ».

Est-ce assez ? Non, il y a plus ! Non contents de contaminer les peuples sains, les Européens crient à l'assassinat quand les noirs tentent de résister à leurs pâles tréponèmes. DRAGO écrit, en effet : « Voulant s'opposer à la propagation de la syphilis, l'un des chefs indigènes (d'une des îles Loyalty) fit assassiner une trentaine d'individus qui en étaient atteints et défendit aux femmes, sous peine de mort, tout rapport avec les Européens. »

Après cette salutare mise au point, nous reconnaitrons que les maladies vénériennes se sont d'autant mieux développées dans certains milieux que l'ignorance, l'insouciance, la pudeur même et surtout la déplorable hygiène en ont favorisé l'évolution. En dehors des prostituées, les femmes malabares passent pour être « malsaines » et cela concorde avec ce qu'en disait DRAGO à Zanzibar.

Signalons en terminant que certains individus présentent parfois, à la suite d'abus sexuels, des adénopathies inguinales subaiguës qu'ils désignent vulgairement sous le nom de « poulains » mais que nous n'avons jamais vu suppurer. S'agit-il de la maladie de Nicolas-Favre, ou tout simplement de ces fameuses « glandes » dont nous avons parlé ?

IV. — DIARRHÉES, DYSENTERIES et PARASITOSEs INTEStINALES.

Les « flux de ventre » n'ont à La Réunion rien de comparable avec ce que nous avons vu en Indochine ou même aux Indes. Ce qui serait plutôt à noter, ce serait la susceptibilité un peu particulière de notre tube digestif.

Le **syndrome dysentérique** existe, certes, mais il n'est pas aussi commun qu'on serait tenté de le croire. Les chiffres élevés que cite PATON dans sa thèse ne doivent pas être pris à la lettre car, comme il le fait, d'ailleurs, remarquer, on donne couramment chez nous le nom de dysenterie à toutes les variétés de « dévoiements » ou presque. FONTAN et BERTRAND disaient déjà en 1886: « A La Réunion et à Maurice la dysenterie quoique assez fréquente, n'est pas réputée très sévère et devient rarement chronique. »

La dysenterie bacillaire paraît être la plus fréquente.

L'amibiase serait plus rare. On n'observe que rarement les complications hépatiques.

Les gastro-entérites, par contre, sont excessivement fréquentes. Chez les nourrissons, en particulier, c'est de beaucoup la cause la plus importante de mortalité. Les « dérangements » s'observent également communément chez les adultes. La mauvaise hygiène alimentaire y est, d'ailleurs, pour beaucoup. *Le gazon de riz froid* et le *rougail-tomates* consommés à n'importe

quelle heure, les fruits verts dont nous raffolons *avec sel-piment* n'y sont, certes, pas étrangers. Certains fruits jouissent même de la réputation de « donner la dysenterie ». Il n'y a là rien d'impossible puisque l'on sait que toute irritation du tube digestif peut jouer le rôle favorisant, voire même déclenchant.

Le paludisme lui-même n'en est pas innocent, témoin ces « accès bilieux » qui vous vident littéralement « par en haut et par en bas » comme nous disons chez nous.

Devant de telles prédispositions on ne peut que rendre grâce au ciel de nous avoir richement dotés d'innombrables sources aux eaux claires et pures. Que fut-il advenu de nous, s'il nous avait fallu consommer une eau polluée comme on en trouve habituellement ailleurs ?

Quant aux parasitoses intestinales, elles n'offrent rien de bien spécial à La Réunion, si ce n'est leur fréquence nettement plus grande qu'en Europe. Qu'il nous suffise donc de citer l'oxyurose, l'ascaridiose, l'ankylostomose et le taeniasis en signalant, toutefois, que le *tænia solium* est beaucoup plus répandu que le *saginata*. Notre viande nationale est, en effet, celle du porc (bien plus savoureux, d'ailleurs, que celui de France) et l'abattage de ces animaux par les Chinois n'est soumis qu'au contrôle théorique d'un *garde-police* plus ou moins incompétent.

La puissance malfaisante des « vers » n'est pas méconnue à La Réunion, bien au contraire ! La plupart des troubles digestifs ou nerveux y sont rapportés ; ce sont eux qui vous *piquent le pied de cœur* (1), qui

(1) L'épigastre.

font grincer les dents des enfants la nuit. Les convulsions, fréquentes chez ces derniers, leur sont également imputées et les fameux « vomissements de serpents » ne sont pas rares.

V. — MALADIES INFECTIEUSES.

Nous ne mentionnerons ici que quelques affections dont la particulière fréquence ne permet pas de les passer sous silence.

La rougeole, tout d'abord, existe à l'état endémique, donnant le plus souvent des cas sporadiques mais parfois aussi des bouffées épidémiques, comme celle dont parle REYNAUD. Elle n'offre, cependant, aucun caractère spécial dans son évolution.

La diphtérie serait également fréquente. Le croup n'est pas rare chez les enfants qui ont largement bénéficié de la sérothérapie. La vaccination, par contre, est assez peu usitée, nous semble-t-il.

Les oreillons ou « **mal-mouton** » sont communs, surtout dans la seconde enfance. On emploie couramment comme antiphlogistique le suint de mouton en applications locales, d'où, vraisemblablement, le nom donné à la maladie.

Les fièvres typhoïdes sont extraordinairement fréquentes. Saint-Denis, par exemple, relativement respecté du paludisme, possède des quartiers où la typhoïde règne en maître, comme à la *rue Dauphine*, au *Camp Ozoux*, à *La Source*, endroits où précisément il existe une nappe souterraine peu profonde continuellement souillée par les déjections de toutes sortes et les fosses septiques dont la filtration est le seul mode de vidange.

L'eau de boisson laisse également beaucoup à désirer dans les villes. Il n'y a ni filtrage ni purification.

Elle devient régulièrement boueuse après les grandes pluies et les canalisations entraînent jusque sur nos tables *chevrettes* (1) et feuilles mortes. Elle n'est fort heureusement pas contaminée naturellement mais se souille souvent en cours de route.

Une hygiène bien comprise parviendrait à coup sûr, à nous débarrasser de ce véritable fléau. Les fièvres typhoïdes demeurent, en effet, excessivement graves à La Réunion où les pauvres malades, devant l'impuissance du médecin, sont livrés aux « bonnes femmes » et à leurs remèdes les plus dégoutants. Certaines tisanes, cependant, jouissent d'une réputation universelle; telle la *tisane Lauret* qui aurait à son actif de véritables résurrections.

La vaccination se pratique couramment mais les Réunionnais ont en horreur les « piqûres » et se contentent des vaccins buvables, tels le « bilivaccin » dont on a gavé notre enfance.

(1) Nom local des crevettes.

VI. — LA TUBERCULOSE.

Considérée à La Réunion comme une véritable « maladie honteuse » la tuberculose a pourtant été dénoncée comme un des fléaux de notre pays. Combien de médecins ne se sont-ils pas acquis à tout jamais la rancune de certaines familles pour avoir prononcé prématurément ce mot terrible, jetant ainsi sur elles un véritable ostracisme. Sa nature héréditaire ne fait, en effet, aucun doute pour nos compatriotes qui connaissent toutes les « familles de poitrinaires », malgré le soin jaloux qu'elles mettent à cacher leur « tare ». Aussi ne s'étonnera-t-on pas de voir qu'il n'y a point de médecins phthisiologues avoués, point de préventorium, point de sanatorium, rien d'officiel, en somme, capable d'attirer l'attention de ses semblables.

Est-ce à dire que la tuberculose soit aussi fréquente qu'en France ? Nous ne le pensons pas.

Il semble, en effet, qu'elle ne manifeste pas chez nous la même tendance extensive qu'ici. Les familles qui en sont atteintes paient, certes, un tribut bien plus lourd qu'en Europe mais l'on ne voit guère la maladie s'implanter dans de nouvelles familles, jusque là indemnes.

Les Blancs et les Malabars y sont tout particulièrement enclins, les Cafres paraissent plus résistants. Quant aux Chinois, ils présentent assez souvent des hémoptysies mais sont-elles bien de nature bacillaire ou bien parasitaire ?

Une remarque intéressante à faire c'est que les formes

ostéoarticulaires sont excessivement rares et que, pratiquement, le mot de tuberculose est, chez nous, synonyme de phtisie pulmonaire. Nous n'avons, pour notre part, jamais entendu parler de Tumeur blanche ni de Mal de Pott, pas plus que d'écrouelles.

Quant aux formes pulmonaires, elles sont toutes représentées mais les formes ulcérocaséuses, hémoptoïques et rapidement évolutives, nous paraissent assez fréquentes. De même nous avons souvent entendu parler dans notre enfance de la terrible « phtisie galopante » qui n'y serait pas rare.

Nous ignorons tout des moyens thérapeutiques mis en œuvre par nos aînés. Il est vraisemblable qu'ils déconseillent à leurs malades le climat du littoral pour celui de nos cirques ou de nos hauts plateaux. On a vu qu'au siècle dernier, ils les envoyaient jusqu'aux Indes où HUILLET refusait de les garder. Les riches viennent jusqu'en France chercher une guérison souvent bien illusoire.

VII. — L'ALCOOLISME.

Il est de mode, pourrait-on presque dire, de parler de l'alcoolisme à La Réunion, dont le rhum est si justement réputé. Mais en y regardant de bien près, on en arrive à se demander si cette intoxication est vraiment aussi répandue qu'on le prétend.

Il importe, en effet, de remarquer que si le rhum est consommé en d'assez inquiétantes proportions, par contre toutes les autres boissons alcooliques y sont à peu près inconnues.

Si l'on excepte les familles bourgeoises et les Européens, encore qu'ils se contentent le plus souvent d'une eau rougie, la grosse majorité des Réunionnais ignorent totalement l'usage du vin. De même les apéritifs ne sont servis qu'à l'occasion des réceptions et uniquement dans les milieux bourgeois.

On aurait peine, chez nous, à se figurer que le métropolitain puisse ingurgiter régulièrement, à la sortie de son travail, matin et soir, un, deux ou même trois apéritifs au « bistrot d'en face ». Et d'ailleurs, les cafés eux-mêmes sont presque totalement inconnus à La Réunion en tant qu'établissements spécialisés. C'est le Chinois du coin qui en tient lieu.

Doit-on, en toute justice, comparer à ces alambics ambulants, le peuple de chez nous qui le samedi soir, après la paye, s'en va prendre *un ou deux coups-de-sec à la boutique-chinois* ? On trouve, certes, à La Réunion des ivrognes invétérés qui ne le cèdent en rien à

leurs collègues de France mais s'il était possible d'établir un coefficient de l'imprégnation éthylique moyenne des deux pays nous sommes persuadés que la métropole l'emporterait de beaucoup sur notre Colonie, n'en déplaise aux fabulateurs.

VIII. — SYNDROMES CARENCIELS ?

Bien plus réelle nous paraît être l'influence de la sous-alimentation. Si, à première vue, le riz, les légumes secs ou *grains*, le poisson salé ou fumé (morue ou snook) et le *cary de cochon* paraissent suffisants, il n'en est pas moins vrai que la grande majorité du peuple se contente le plus souvent d'une marmite de riz, d'un *bouillon de brèdes* (1) et d'un *caniqui de morue*(2), grillée à même la braise ou encore d'un *gros quat'sous* (3) de snook ou d'un *caméléon grillé* (4), le tout arrosé d'une *grande moque de l'eau*.

La viande fait presque totalement défaut et les légumes verts ne sont pas consommés car *ça y donne pas la force*.

Aussi observe-t-on fréquemment des syndromes qui se rapprochent énormément de ceux que l'on rencontre à l'heure actuelle en France sous la dénomination de « déséquilibre alimentaire. » Toutefois, nous ne voulons mentionner ici qu'une affection, extraordinairement répandue à La Réunion, et qui nous paraît déborder le cadre des « déséquilibres » pour atteindre celui des carences proprement dites. Il s'agit de ce que l'on désigne communément chez nous sous le nom de *polynévrite*. Qu'on ne se méprenne pas, ce ne sont pas des polynévrites alcooliques. L'anamnèse autant que l'évolution ne permettent pas la confusion.

(1) Herbes comestibles consommées cuites. — (2) Morceau de morue des dimensions d'une boîte d'allumettes de sûreté. — (3) Dix centimes. — (4) Poisson fumé.

« La polynévrite » frappe aussi bien les femmes que les hommes, les blancs que les noirs. Elle se voit surtout après la trentaine et débute insidieusement par de la fatigabilité, de la faiblesse des membres inférieurs, des œdèmes. Les phénomènes douloureux apparaissent bientôt et la marche devient de plus en plus pénible. Nous ne pouvons, malheureusement, donner aucune précision sur le syndrome nerveux lui-même.

L'évolution en est lente et longue et le malade devient presque un infirme s'il néglige de se soigner.

Trois notions sont importantes à noter ici : tout d'abord, les femmes sont atteintes aussi souvent, si ce n'est plus, que les hommes — ce qui, malgré tout, n'est pas en faveur de l'étiologie éthylique ! — En second lieu, il n'est pas rare de trouver parmi ces malades des gens qui, subitement ruinés, comme cela se voit assez souvent chez nous, essayent de maintenir leur train de vie extérieur moyennant les pires privations du point de vue alimentaire. Enfin et surtout, nous avons toujours entendu dire que les médecins conseillaient en pareil cas à leurs malades d'abandonner le riz pour le maïs et les fruits. En sorte que, en définitive, il est tout à fait logique de penser qu'il s'agit bien là d'une avitaminose, d'une forme fruste de béribéri.

A ce propos, nous voudrions attirer l'attention sur une notion généralement admise et qui nous paraît des plus fausses, tout au moins dans l'état actuel de nos propres connaissances. On enseigne couramment que le riz poli est béribérigène parce que cette opération prive le grain de riz de sa cuticule qui seule contient la vitamine. Cela est, certes, exact, encore qu'il faille remarquer que les Indochinois, les Indiens, les Malgaches et les Réunionnais même ne consomment

pas de riz poli, ce qui ne les empêche pas de présenter l'avitaminose. Mais là où l'erreur devient patente, nous semble-t-il, c'est quand on déclare que le *riz rouge* ou *paddy* n'est pas bérigène parce qu'il est consommé avec sa cuticule ! Or, foi de mangeur de riz, nous ne croyons pas qu'il soit possible à un homme né d'une femme de consommer du riz non décortiqué !

Nous pensons plutôt qu'il y a eu confusion entre les termes de *riz rouge* qui est une variété de riz, aussi agréablement comestible que le blanc, et celui de *paddy* qui s'applique, chez nous du moins, à tout grain de riz muni de ses enveloppes et qui, dans cet état, est impropre à l'alimentation humaine.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, bien imparfaite, certes, sur la pathologie réunionnaise, il nous apparaît, néanmoins possible de distinguer trois étapes dans son élaboration.

La première, qui s'étend sur près de deux siècles, de 1665 à 1865 environ, représente ce que l'on pourrait appeler, assez improprement il est vrai, la *période d'incubation*. Elle correspond, du point de vue ethnologique, à la phase progressive de l'immigration, à la faveur de laquelle se constitue peu à peu un *terrain* de plus en plus homogène. Européens, Malgaches, Africains et Indiens semblent mettre en commun leurs prédispositions morbides pour créer un *milieu* éminemment favorable aux maladies régnantes dont l'explosion, toutefois, a été retardée grâce à la salubrité originelle de l'île.

La seconde période, qui va de 1865 à 1885 environ, serait la *période d'invasion* à laquelle fait suite, insensiblement, la *période d'état*. Les maladies qui, tout au long de la période précédente, ne s'étaient manifestées sporadiquement que dans certains milieux bien limités, acquièrent tout à coup une puissance explosive extraordinaire qui en fait brusquement de véritables

épidémies. Le **paludisme**, la **dengue**, le **typhus récurrent** s'abbattent ainsi subitement sur notre île. D'autres affections, jusque-là peu fréquentes, bien qu'existant à l'état endémique, prennent alors un essor inusité, comme la **lymphite grave**, l'**hématurie chyleuse** le **tétanos**. C'est vraiment l'époque cruciale de notre histoire médicale. Et l'on ne peut pas ne pas être frappé du rapport qu'il semble y avoir entre cet acmé de notre pathologie et celui de l'immigration indienne. Pour plusieurs de ces affections, d'ailleurs, leur importation de l'Inde ne nous paraît pas douteuse, soit directement soit par l'intermédiaire de l'île Maurice. A noter, toutefois, que nos règlements sanitaires maritimes, malgré leurs imperfections, parviennent le plus souvent à nous préserver du **choléra** et de la **variole**. De même, les lois et décrets sur l'importation des animaux, nous mettent à l'abri de la **rage** et des animaux venimeux ou nuisibles.

A partir de 1885, enfin, nous entrons dans ce qu'on pourrait appeler la *période des séquelles* qui coïncide, précisément, avec le déclin de l'immigration indienne d'une part et une véritable éclipse de notre pays, d'autre part. Depuis le début du siècle en effet, l'île de La Réunion a cessé de rayonner sur l'Océan Indien. *La Mère Patrie* — sagesse politique ou inconsciente jalousie féminine ? — s'est ingénée, semble-t-il, à faire palir l'éclat dont s'était parée *sa petite Créole*. Deux grandes lignes de navigation se sont créées qui ont eu pour effet de reléguer La Réunion au rang de terminus obligatoire : celle de l'Extrême-Orient, riche et luxueuse et celle de Madagascar-La Réunion, modeste et... *carapatteuse*. Mais si notre orgueil national en a souffert, notre santé, par contre, y a gagné, et petit à petit, tend à se faire la *restitutio*

ad integrum. Il n'est plus que de la hâter. Et c'est uniquement affaire d'**Hygiène** et d'**Assistance médico-sociale** : lutter contre le paludisme, favoriser l'exode vers les hauteurs des populations des villes littorales trop infestées, doter les campagnes d'infirmes-hôpitaux, relever autant que possible le niveau social du petit peuple, améliorer son standard de vie, voilà ce qu'il conviendrait d'inscrire en tête du programme de demain pour lequel nous réclamions publiquement l'appui efficace de la Métropole lors de la *Quinzaine impériale* de 1942.

Que les hommes de bonne volonté, la guerre finie, se vouent à cette noble tâche et l'île de La Réunion, nous n'en doutons pas, redeviendra pour nous ce qu'elle fut, il n'y a pas trois siècles, pour nos premiers parents :

Un Paradis Terrestre !

BIBLIOGRAPHIE

- ANNESLEY. — Skatches of the most prevaled diseases in India. (London 1831.)
- ARCHIVES DE MÉDECINE NAVALE. — Toute la collection (de l'année 1864 à l'année 1941 — 156 tomes.)
- AZEMA. — Histoire de l'Ile Bourbon depuis 1643 jusqu'au 20-12-1848. (Henri Plon, Paris 1859.)
- AZEMA (M.). — La variole à l'île de La Réunion. (St-Denis 1863.)
- BAISSADE. — De l'étiologie de la diarrhée de Cochinchine dans ses rapports avec la fièvre intermittente (Thèse Montpellier 1876.)
- BASSIGNOT (Th.). — Rapport sur la fièvre endémo-épidémique à La Réunion. (LA HUPPE, St-Denis 1872.)
- BILLET (A.). — Deux ans dans le Haut Tonkin. (Danel, Lille 1896.)
- BLANCHARD (M.). — Précis d'Epidémiologie. Médecine préventive et Hygiène coloniale. (2^e Edition Vigot frères éditeurs, Paris 1938.)
- BOHN. — Reprise de l'immigration indienne dans l'Ile de La Réunion. (Marseille 1905.)
- BONTIUS. — *Historiæ naturalis et medicæ Indiæ Orientalis*. (Amsterdam 1658.)
- BOREL (Frédéric). — Choléra et Peste dans le pèlerinage musulman. (Masson et Cie édit. Paris 1903.)
- BRUMPT (E.). — Précis de Parasitologie. (Masson Paris, 1910.)
- CARTER. — (Van Dyke) Spirillum fever (synonims : famine or relapsing-fever) as seen in Western India. (London 1882.)

- CASSIEN (P.). — Étude sur l'hématurie chyleuse d'après des observations recueillies à Salazie (Ile de La Réunion). (Thèse Montpellier 1870.)
- CASTA-LUMIO. — Étude historique sur les origines de l'immigration réglementée dans nos anciennes colonies. (Paris Vendôme 1907.)
- CAUCHE (François). — Relations véritables et curieuses de l'Ile de Madagascar et du Brésil. (Courbe, Paris 1651.)
- CERISIER. — Souvenirs médicaux d'une campagne sur les côtes de Madagascar. (Thèse Montpellier 1866.)
- CHANTEMESSE (A.). — Frontières et Prophylaxie (Hygiène internationale). (O. Doin, Paris 1907.)
- CHAPOTIN (Ch.). — Topographie médicale de l'Ile de France 1812.
- CLAUDIO-DA-SILVA (Carlos). — Lymphatites perniciosas. (Thèse Rio de Janeiro 1874.)
- COCHIN (Auguste). — L'abolition de l'esclavage. (Tome 1 pages 107 et 112, La Réunion). Lecoffre et Gui Maumin, Paris 1861.)
- Code Noir. (Prault, Paris 1767.)
- CODINE (G.). — Mémoire géographique sur la mer des Indes. (Challamel, Paris 1868.)
- COUSTAN (Camille, César, Clément, Adolphe). — Hygiène d'un convoi d'immigrants indiens au Lazaret de l'Ile Bourbon. (Thèse Montpellier 1867.)
- DAUBLER (Karl). — Die Grandzuge der Tropenhygiène. (Otto Eslin Berlin 1900.)
- DAULLE. — Cinq années d'observations médicales dans l'établissement français de Madagascar. (Thèse Paris 1857.)
- DISSER (F.J.). — De la fièvre rémittente bilieuse observée en Cochinchine. (Thèse Montpellier 1868.)
- DUTROULAU. — Traité des maladies des Européens dans les pays chauds. (J.B. Baillière et Fils Paris 1868.)
- FALOT (Aimé, Michel). — Relation médicale d'une campagne en Chine, Années 1859 à 1862. (Thèse Montpellier 1863.)
- FAUVEL. — L'immigration indienne aux Mascareignes. (Chaix, Paris 1892.)
- FITAU. — La crise alimentaire et l'immigration des travailleurs étrangers à La Réunion. (Monès, Paris 1859.)

- FLACOURT (sieur de). — Histoire de la Grande Ile de Madagascar. (2^e édit., chez Pierre Bienfait, Paris 1861.)
- FOUCQUE (H.) BARQUISSAU (H.) JACOB DE CORDEMOY. — L'Ile de La Réunion (Paris, E. Larose 1925.)
- GATINE. — Situation des affranchis à La Réunion. (Paris 1850.)
- GIRARD LA BARCERIE. — Considérations médicales sur la Cochinchine, son climat et ses maladies. (Thèse Montpellier 1868.)
- GRALL. — Pathologie exotique. Étude statistique et clinique (Indochine). (O. Doin édit. Paris 1900.)
- GRASSI (B.). — Die malaria Studien zoologen. (Gustave Fischer, Iena 1901.)
- GRENET (Alfred). — Souvenirs médicaux de 4 années à Mayotte (du 1^{er} juillet 1861 au 30 juin 1865.) (Thèse Montpellier 1866.)
- GUET (M.I.). — Les origines de l'Ile Bourbon et de la colonisation française à Madagascar. (Bayle édit. Paris 1883.)
- GUITRAL (Paul). — L'immigration réglementée aux Antilles françaises et à La Réunion. (Jouve Paris 1911.)
- HARANT (H.). — Parasitologie Médicale. (Maloine, Paris 1939.)
- HERMANN (Jules). — Colonisation de l'Ile Bourbon et fondation du Quartier St-Pierre. (Delagrave, Paris 1898.)
- HERMANN (Paul). — Histoire et Géographie de l'Ile de La Réunion. (Delagrave, Paris 1910.)
- HUE (Fernand). — La Réunion et Madagascar. (Lecène, Paris 1892.)
- HUGO (A.) et CREPIN (F.). — Rapport sur la question de la main-d'œuvre. (Dubourg, St-Denis 1905.)
- IMHAUS (G.). — L'immigration. (Drouhet, St-Denis, 1879.)
- JACOB DE CORDEMOY (H.). — Etude sur l'Ile de La Réunion. (Inst. Colonial Marseille 1904.)
- JACOB DE CORDEMOY (E.). — Flore de l'Ile de La Réunion. (Klincksieck, Paris 1895.)
- JOBARD. — Relation de deux épidémies d'oreillons observées sur des émigrants hindous. (Thèse Paris 1875.)
- JOLY. — Importance du rôle des insectes dans la transmission des maladies infectieuses et parasitaires. (Thèse Bordeaux 1898.)
- JOUBERT. — Remarques sur le Dragonneau ou filaire de Médine. (Thèse Montpellier 1865.)

- JOYEUX et SICE. — Précis de médecine coloniale. (Masson, Paris 2^e édit. 1937.)
- KELSK et KIENER (P.L.). — Traité des maladies des pays chauds. Région prétrropicale. (J.B. Baillière et Fils, Paris 1888.)
- KERMORGANT (A.). — Précis d'hygiène coloniale. (Masson et Cie, Paris 1911.)
- LAURENT (Emile). — Géographie médicale. (A. Maloine édit., Paris 1905.)
- LAVERAN. — Du paludisme. Paris 1898 2^e édit. (Masson, Paris 1907.)
- LAVET. — Diarrhée endémique des pays chauds. (Thèse Montpellier 1872.)
- LE DANTEC. — Précis de pathologie exotique. (O. DOIN, Paris 1905.)
- LEGENTIL. — Voyage dans les mers de l'Inde fait par ordre du Roi à l'occasion du passage de Vénus sur le disque du Soleil. (Paris imp. Royale 1779.)
- LEGRAIN. — Introduction à l'étude des fièvres dans les pays chauds. Maloine édit. (Paris 1899.)
- LEMURE (Jean). — Madagascar. L'expédition au point de vue médical et hygiénique. L'acclimatement. (J.B. Baillière, Paris 1896.)
- LE ROY DE MERICOURT et LAVET. — Géographie médicale de La Réunion. Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales.
- LIND (James). — An Essay on diseases incidental to Europeans in hot climates with the method of preventing their fatal consequence. (London.)
- MALINAS. — Le sanatorium de Nossi-Comba. (Lib. Ve Rozier, Paris 1897.)
- MANSON (Patrick). — Tropical diseases. Traduction française de M. GHUIBAUD et J. BRENGUES C. Naud édit. (Paris 1903. 2^e édit. Masson et Cie, Paris 1908.)
- MANSON (Patrick). — The filaria sanguinis hominis and certain new forms of parasitic diseases in China, India and warm countries (London 1883.)
- MAUREL. — Influence des climats et des saisons sur les dépenses de l'organisme chez l'homme. (O. Doin édit., Paris 1902).
- MAZE. — Notice sur la fièvre ictérique grave et sur le bérubéri. (Thèse Montpellier 1862.)

- MERVEILLEUX. — La Tuberculose à La Réunion. (*Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales*, Année 1903, 1^{er} semestre p. 66.)
- Formation de la race à l'Ile de La Réunion. (Lahuppe, St-Denis).
- Etude de géographie médicale de l'Ile de La Réunion. (Lahuppe, St-Denis 1902.)
- Ile de La Réunion. (*Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, Année 1903, 1^{er} semestre.)
- MOREHEAD. — Clinical Researches on diseases of India. (London, 2^e édit. 1860.)
- MOORE. — A manuel of the diseases of India. (London 1861.)
- OLMETA. — Contribution à l'histoire de l'hépatite des pays chauds. (Thèse Montpellier 1868.)
- PAJOT (Elie). — Simples renseignements sur l'Ile Bourbon. (Challamel aîné, Paris 1887.)
- PATON (Max). — Essai de géographie médicale de l'Ile de La Réunion. (Thèse Montpellier 1943.)
- PICHON (E.I.F.). — Les maladies vénériennes aux colonies. (Thèse Bordeaux 1906.)
- PLEHN (Friedrich). — Tropenhygiène. (G. Fischer, Iéna, 1902.)
- PLEHN (Albert). — Weiters uber Malaria. Immunitat und Latenzperiode. (G. Fischer, Iéna, 1901.)
- RAYER (P.). — Recherches sur une espèce particulière de l'hématurie endémique à l'île de France et dans quelques régions tropicales. (*Journal l'Expérience*, tome 1, 1838.)
- REGNAULT. — Polynévrite paludéenne. (F. Alcan, édit., Paris 1897.)
- REYNAUD. — Considérations sanitaires sur l'expédition de Madagascar. (Henry Nay, édit. Paris 1888.,)
- ROBIN (J.H.). — Contribution à l'étude de la géographie médicale de Madagascar. (Thèse Bordeaux, 1905.)
- RUGE (Reinhold). — Einführung in das studium der malaria Krankheiten (mit besonderer berucksichtigung der technik). (Gustav Fischer, Iéna, 1901.)
- SABATIER. — Maladies observées dans les mers de Chine. (Thèse Montpellier 1864.)
- SALESSE (Antoine-Emilien). — Disertation sur l'hématurie ou pissement de sang observé à Maurice et à La Réunion. (Thèse Paris 1834.)
- SEMANNE (C.A.). — Essai d'une topographie médicale de l'Ile de Zanzibar. (Côte Orientale d'Afrique.) (Thèse Paris 1864.)

- SALIZ. — De l'immigration à La Réunion. (Lahuppe, St-Denis 1866.)
- SCHUARDT. — Sur le créole de La Réunion. (Nogent-le-Rotrou 1883.)
- VALASSOPOULO (A.). — Rapport sur le typhus bilieux (ictère infectieux fébrile; ictère à rechute). (A. Maloine, édit. Paris 1903.)
- VINSON (Aug.). — Notes sur l'aie-aie, sur l'ulcère de Mozambique ; sur le seringo. (Compte rendu de l'Académie des Sciences, Oct. 1856 février 1857-1858.)
- Instructions médicales concernant la santé des émigrants africains. (St-Denis 1858.)
 - Introduction du choléra à La Réunion par les Cafres. Etude comparée du choléra sur la race blanche et la race noire. (Mémoire manuscrit adressé à S.E. le Ministre de l'Algérie et des Colonies 1859.)
- WICKERS (Lucien). — L'immigration réglementée à l'Ile de La Réunion. (Thèse, Paris 1911.)
-

Table des Matières

Introduction	13
--------------------	----

PREMIÈRE PARTIE

L'ILE DE LA RÉUNION (Ancienne Ile Bourbon)

Découverte et colonisation	17
Aperçu géographique	20
Peuplement	28

DEUXIÈME PARTIE

LE BASSIN INDIEN (Géographie médicale)

Considérations générales	53
Madagascar et dépendances	57
Côte Orientale d'Afrique	68
Arabie et Golfe Persique	71
L'Inde	73
L'Indochine	84
La Chine	87

TROISIÈME PARTIE

PATHOLOGIE DE LA RÉUNION

Considérations générales.....	95
A — L'ère épidémique	101
I. Le Paludisme.....	101
II. La Spirochétose récurrente.....	117
III. La Dengue.....	123
IV. Affections du Système lymphatique	125
V. Le Tétanos	132
VI. Autres maladies épidémiques	134
B — Pathologie actuelle	137
I. Considérations préliminaires.....	137
II. Affections du système lymphatique	142
III. Les Dermatoses.....	145
IV. Diarrhées, dysenteries et parasitoses intestinales	157
V. Maladies infectieuses.....	160
VI. La Tuberculose.....	162
VII. L'Alcoolisme.....	164
VIII. Syndromes carenciels.....	166
 Conclusion	 169
 Bibliographie	 173

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de censeur de
tour j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

*Essai sur l'Ethnologie et la
Pathologie de l'Ile de la Réunion*

par Paul LOUGNON

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 11 Mars 1944.

Le Professeur :

GIRAUD.

Vu :

Montpellier, le 12 Mars 1944.

Le Doyen :

GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 13 Mars 1944.

Le Recteur :

BOUSSAGOL.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les
dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur
auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

